

CRISTINA BLEICHVEL COSTA

**AS EXPRESSÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE
HUMANIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ONCO-HEMATOLOGIA
DO HU/UFSC**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para a obtenção
do título de Bacharel em Serviço Social.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2013**

CRISTINA BLEICHVEL COSTA

**AS EXPRESSÕES DA POLÍTICA NACIONAL DE
HUMANIZAÇÃO NO SERVIÇO DE ONCO-HEMATOLOGIA
DO HU/UFSC**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para a obtenção
do título de Bacharel em Serviço Social.**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Tânia Regina Krüger

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2013**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CRISTINA BLEICHVEL COSTA

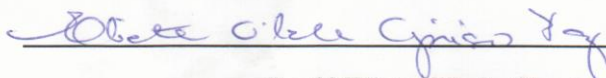
**As expressões da Política Nacional de Humanização no serviço de Onco-
Hematologia do HU/UFSC**

**Monografia apresentada à Universidade
Federal de Santa Catarina – UFSC para
a obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social.**

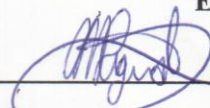
Comissão Examinadora:



**Tânia Regina Krüger
Orientadora**



**Prof.ª Eliete Cibele Cipriano Vaz
Examinadora**



**Maria Aparecida Ferreira Fagundes
Examinadora**

FLORIANÓPOLIS, 2013

**Aos usuários e trabalhadores do HU/UFSC,
por tudo que me ensinaram.**

AGRADECIMENTOS

É com imensa alegria e gratidão que dedico este trabalho à minha família.

À minha mãe Cristiane, por ter me ensinado valores que levo por toda a vida, pelo apoio incondicional, pela educação e zelo.

À minha avó Ivonete, pelas palavras de incentivo quando eu me encontrava desanimada frente às dificuldades.

Ao meu avô João, pelo apoio e carinho.

Ao meu namorado Rafael, grande companheiro em todos os momentos.

Aos professores que fizeram parte da minha formação acadêmica e dividiram comigo seus conhecimentos.

À professora Tânia Regina Krüger, meu carinho e gratidão. Seu conhecimento e contribuições foram fundamentais para a elaboração deste trabalho.

À Cida, pela oportunidade que me foi concedida de estagiar no Serviço Social do HU/UFSC e, sob sua supervisão, vivenciar inúmeras situações que me fizeram crescer como pessoa e profissional.

Aos usuários do HU/UFSC, minha gratidão por terem dividido comigo suas histórias de vida, angústias e alegrias. Aos que já partiram, guardo-os com carinho na memória. Os momentos compartilhados com estes usuários me fizeram refletir sobre os serviços prestados no HU/UFSC, o que me instigou a desenvolver este trabalho.

Aos profissionais que, durante o período em que estagiei na instituição, dividiram comigo seus saberes.

A todos os amigos que contribuíram comigo nesta jornada, seja com uma palavra de incentivo ou simplesmente por estarem ao meu lado, acreditando em mim.

**“Só se nos detivermos a pensar nas pequenas
coisas chegaremos a compreender as grandes.”**

José Saramago

RESUMO

Os debates em relação à política de saúde brasileira têm se intensificado desde a Constituição Federal de 1988, sendo que as discussões acerca da humanização surgiram para qualificar as relações entre os sujeitos envolvidos na assistência à saúde. As discussões em relação ao tema têm se consolidado no âmbito das políticas de saúde e do Sistema Único de Saúde (SUS). O tema *humanização* não é algo recente, tendo percorrido uma longa trajetória até se constituir como uma política dentro do SUS, conquistando seu espaço nos debates acadêmicos e entre usuários, trabalhadores e gestores, os quais vislumbram na humanização subsídios para redimensionar os atendimentos do SUS. Para melhor situarmos a temática proposta, fizemos um recorte da humanização na assistência hospitalar, tendo como objetivo conhecer as expressões da Política Nacional de Humanização (PNH) no serviço de onco-hematologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Realizamos um breve resgate das mudanças no mundo do trabalho, que, a nosso ver, tem seu paralelo com os programas de qualidade na área dos serviços e com as propostas de humanização na área da saúde. Apresentamos o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a PNH, destacando os seus princípios, diretrizes de atuação e objetivos. Em seguida, através dos documentos da Comissão de Humanização do HU/UFSC (CHHU/UFSC) e entrevistas com trabalhadores do setor de onco-hematologia, procuramos recuperar a trajetória da política de humanização e identificar suas expressões dentro do HU. Em nosso texto, consultamos autores de base crítica dialética. Consideramos que a humanização é um meio para qualificar as relações entre os sujeitos que prestam assistência à saúde. Todavia, se os princípios e competências do SUS fossem realmente efetivados, não existiria a necessidade de uma política de humanização, pois a humanização está implícita no arcabouço legal do SUS.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Humanização, Assistência Hospitalar.

ABSTRACT

Discussions regarding Brazilian health policy have intensified since the 1988 Constitution, so that the debate regarding humanization emerged to describe the relationship between the individuals involved in health care. The discussions on this issue have grown stronger under the health policies and the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). The theme humanization is not recent and it came a long distance to be constituted as a policy within the SUS, conquering its space in academic debates and between users, workers and managers, which envision humanization as a subsidy to resize the care under the SUS. To better understand the proposed theme, we evaluated the humanization in hospital care, aiming to learn the practical expressions of the National Humanization Policy (Política Nacional de Humanização - PNH) at the onco-hematology department of the Santa Catarina Federal University Hospital (Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC). We conducted a brief review of the changes in the working world, which, in our view, parallel with the services' quality programs and the projects of humanization in health care. We presented the National Health Care Humanization Program (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH) and the aforementioned PNH, highlighting their principles, operational guidelines and objectives. Through documents of the Commission for Humanization (Comissão de Humanização) of the HU/UFSC (CHHU/UFSC) and interviews with workers from the hospital's onco-hematology department, we assessed the history of humanization policy and identified its practical expressions within the HU/UFSC. In our paper, we consulted authors from a dialectical critique basis. We believe that humanization is a way to better qualify the relationships between the subjects who provide health care. However, if the principles and guidelines of the SUS were actually applied, there would be no need for a humanization policy, for humanization is implicit in the legal framework of the SUS.

Keywords: Health System, Humanization, Hospital Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAHU	Associação Amigos do Hospital Universitário
AFLODEF	Associação Florianopolitana de Deficiente Físicos
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CHHU	Comissão de Humanização no Hospital Universitário
CTH	Comitê Técnico de Humanização
DAA	Diretoria de Apoio Assistencial
DG	Direção Geral
FHC	Fernando Henrique Cardoso
GMH	Grupo de Multiplicadores de Humanização Hospitalar
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar
HIJG	Hospital Infantil Joana de Gusmão
HU	Hospital Universitário
MS	Ministério da Saúde
PMF	Prefeitura Municipal de Florianópolis
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PRAE	Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO SUS	15
1.1. Dos programas de qualidade às propostas de humanização no SUS	15
1.2. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar	20
1.3. Política Nacional de Humanização nos anos 2000	24
1.4. Reflexões acerca do tema Humanização	28
2. A HUMANIZAÇÃO NO SUS: O SERVIÇO DE ONCO-HEMATOLOGIA DO HU/UFSC	35
2.1. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do HU/UFSC: o trabalho da Comissão de Humanização	35
2.2. O cotidiano dos trabalhadores do serviço de onco-hematologia e a vivência da Política Nacional de Humanização	47
2.2.1. O perfil dos entrevistados	48
2.2.2. Humanização: a compreensão dos profissionais	50
2.2.3. Humanização: o cotidiano do serviço de onco-hematologia do HU/UFSC	52
2.2.4. A Humanização e as condições de trabalho	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
APÊNDICES E ANEXOS.....	72

INTRODUÇÃO

Para compreender a humanização na saúde, é necessária uma análise em relação aos determinantes que fizeram com que a política de saúde brasileira se constituísse nos moldes atuais. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado de um movimento social denominado Reforma Sanitária, que repudiava o modelo biomédico e, a partir da qual, a saúde passou a ser reconhecida como direito fundamental de todo ser humano. Compreendeu-se que a saúde não se resume à ausência de doença, mas depende e é resultado de um conjunto de determinações socioeconômicas. A partir deste conceito, foram formulados os princípios de universalidade, integralidade de assistência, participação da comunidade e descentralização político-administrativa, considerados princípios fundamentais do SUS. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo nº 196, assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Entretanto, a forma como estes princípios vêm sendo postos em prática deixa lacunas no modelo de atenção à saúde, tais como: desvalorização dos trabalhadores da saúde, baixo investimento em educação permanente para os trabalhadores, pouca participação dos trabalhadores na gestão dos serviços de saúde, frágil vínculo com os usuários, formação dos profissionais de saúde distante do debate e formulação da política de saúde e a não efetivação do arcabouço legal da saúde. Com o intuito de reverter este contexto deficitário, em 2003, foi proposta a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH), que objetiva a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2004).

Atualmente, a temática da humanização tem recebido destaque por parte dos usuários, trabalhadores e gestores, por compreenderem que, através da criação e implementação de uma política de humanização, pode-se contestar e redimensionar as bases do SUS. A discussão em relação à humanização não é algo recente, porém percorreu uma longa trajetória até se constituir como uma política. A partir de 1998, o Ministério da Saúde (MS) publicou uma série de portarias que orientam ações a serem implementadas pelos serviços públicos de saúde, pautadas na humanização. Em 2000, lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e aprovou a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru e, em 2001, oficializou a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que “busca valorizar a dimensão humana e subjetiva no ato da assistência à saúde” (BRASIL, 2001, p.7). O ano de 2003 é considerado,

pelo MS, um marco histórico na trajetória da humanização no âmbito da saúde no Brasil, pois foi lançada a PNH, deixando a humanização de ser focada em questões pontuais e passando a constituir-se como uma política.

Para melhor situar a temática proposta, fizemos um recorte da humanização na atenção hospitalar, em especial no serviço de onco-hematologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). O interesse pelo tema pesquisado está vinculado à experiência de estágio realizada no Serviço Social do HU/UFSC, durante os anos de 2011 e 2012, junto aos usuários da Clínica Médica II atendidos pelo serviço de onco-hematologia. As experiências vivenciadas instigaram a reflexão sobre o atual modelo hegemônico de atenção à saúde, as relações e condições de trabalho dos profissionais da área, a capacitação que recebem para tal atividade e a humanização na saúde em seus vários níveis de complexidade no SUS. Durante este período, foi possível compartilhar situações que propiciavam um atendimento humanizado pela equipe multiprofissional responsável pelo serviço, mas também situações incompatíveis com a PNH. A apreciação geral do cotidiano institucional e, especificamente, do serviço de onco-hematologia indicavam uma prática de humanização arraigada no senso comum dos profissionais, sendo possível observar que o posicionamento de parte destes profissionais naturalizava as situações inadequadas. Portanto, esta pesquisa se justifica pela relevância do tema no âmbito do SUS, já que a humanização tem se tornado tema para muitos debates envolvendo gestores, trabalhadores e usuários, que têm sua conduta orientada pelos princípios e diretrizes do SUS em uma perspectiva de universalização dos direitos sociais. Para o serviço de onco-hematologia, bem como para o HU/UFSC em geral, problematizar este tema implica em levantar novas propostas, com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Neste contexto, esta pesquisa teve como objetivo geral conhecer as expressões da PNH no serviço de onco-hematologia do HU/UFSC. Os objetivos específicos foram: apresentar o PNHAH e a PNH, bem como suas trajetórias nos anos de 1990 e 2000; observar, na dinâmica do serviço de onco-hematologia do HU/UFSC, as expressões do PNHAH e da PNH, considerando a experiência de estágio e os documentos da Comissão de Humanização no Hospital Universitário da UFSC (CHHU/UFSC); e realizar entrevistas com profissionais de saúde para conhecer como vivenciam, no seu cotidiano profissional, a PNH. No decorrer da pesquisa, acabou por não ser possível discutir os princípios e competências do SUS e o conceito atual de saúde, apesar de fazerem parte dos objetivos iniciais, conforme elencados no projeto de pesquisa.

O projeto da referida pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UFSC, recebendo parecer favorável à sua realização, sob o número de parecer 94.413, homologado no dia 11 de setembro de 2012 (vide anexo 1).

A metodologia adotada para a realização deste estudo exploratório de base qualitativa e documental foi composta por dois momentos. Inicialmente, demandou uma revisão da literatura sobre a política de saúde brasileira e a história da humanização no SUS. Neste primeiro momento, buscamos subsídios em autores de base crítica dialética, dos quais compartilhamos os ideais, e resgatamos os documentos oficiais referentes à humanização no SUS, analisamos sessenta e oito atas produzidas pela CHHU/UFSC e as observações sistemáticas a partir da experiência de estágio no Serviço Social da instituição. Em um segundo momento, foi realizada a pesquisa empírica com doze entrevistas presenciais, seguindo um roteiro semiestruturado, com a equipe multiprofissional atuante no serviço de onco-hematologia do HU/UFSC. A amostra foi composta por: onze profissionais, sendo um assistente social, um psicólogo, um farmacêutico, um nutricionista, dois enfermeiros, dois médicos hematologistas, dois técnicos em enfermagem e um profissional de serviços gerais, que atuam junto aos usuários atendidos pelo serviço de onco-hematologia; e um representante da Associação Amigos do Hospital Universitário (AAHU), atuante na instituição e ex-participante da CHHU/UFSC. As entrevistas foram realizadas com o consentimento da instituição, a partir de declaração do Diretor Geral autorizando sua execução. Posteriormente, realizou-se o contato de forma individual com cada profissional para o agendamento da entrevista. A escolha dos participantes ocorreu de forma aleatória, com base na disponibilidade dos profissionais. Algumas profissões dispõem de apenas um profissional no serviço pesquisado, sendo este, necessariamente, selecionado para a entrevista. Todos os profissionais requisitados foram solícitos quanto ao convite para participar da pesquisa. Na ocasião da entrevista, todos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE - vide apêndice 1), bem como a autorização para a gravação da entrevista. A participação dos profissionais no estudo não implicou em riscos ou constrangimentos aos mesmos. Para a elaboração do relatório de pesquisa, as entrevistas foram transcritas e, em seguida, analisadas em categorias. Foram retomados os referenciais teóricos pertinentes à PNH para sistematização e reflexão dos dados obtidos através da pesquisa empírica. Houve dificuldades no acesso à documentação produzida pela CHHU/UFSC, tendo alguns participantes desta se posicionado contra o acesso aos documentos, mesmo após a pesquisa ter sido autorizada pela Direção Geral da instituição.

A Comissão solicitou o envio do projeto de pesquisa para todos os seus participantes, o que foi realizado e a análise das respectivas atas autorizada.

O presente trabalho está estruturado em duas seções. A primeira é destinada a conhecer a PNH no SUS, resgatando os referenciais teóricos. O item *Dos programas de qualidade às propostas de Humanização no SUS* faz menção a estes programas e propostas, que, a nosso ver, representaram as primeiras versões dos programas de qualidade na área da saúde, metamorfoseados em práticas e retóricas de humanização; no item *O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*, mostraremos ao leitor os princípios e trajetória deste programa; no item *A Política Nacional de Humanização nos anos 2000*, reconstituiremos a trajetória desta política; e no item *Reflexões acerca do tema Humanização*, teceremos estas reflexões, problematizando seus conceitos e interpretações. A segunda seção diz respeito às particularidades referentes ao serviço de onco-hematologia do HU/UFSC no que diz respeito à humanização no SUS. Os itens desta seção apresentarão os dados obtidos na pesquisa empírica. No item *O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do HU/UFSC: o trabalho da Comissão de Humanização*, investigamos as ações da CHHU/UFSC e como estas se refletem na qualidade do serviço prestado; no item *O cotidiano dos trabalhadores do serviço de onco-hematologia e a vivência da Política Nacional de Humanização*, buscamos relacionar elementos do dia-a-dia dos profissionais do serviço e suas experiências em relação à PNH; no item *O perfil dos entrevistados*, elaboramos um perfil destes profissionais; no item *Humanização: a compreensão dos profissionais*, trouxemos suas interpretações individuais em relação ao tema *humanização*; no item *Humanização: o cotidiano do serviço de onco-hematologia do HU/UFSC*, resgatamos alguns elementos do cotidiano do serviço que se relacionavam à PNH; e, por último, no item *Humanização e as condições de trabalho*, avaliamos as condições de trabalho no serviço em que atuam os profissionais entrevistados.

1. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NO SUS

1.1. Dos programas de qualidade às propostas de humanização no SUS

A implementação do SUS, decorrente da Constituição Federal de 1988, representou um significativo marco político e ideológico em relação à construção de um sistema de saúde público e universal para os brasileiros. Entretanto, sua construção é perpassada por avanços e retrocessos que dificultaram esse processo ainda em curso. Discutir a humanização nas práticas de atenção à saúde no contexto do SUS exige compreender as significativas alterações pela qual este tem passado ao longo das décadas. Os debates relativos à humanização não são recentes no SUS, pois, ainda nos anos de 1990, surgiram experiências localizadas e propostas direcionadas para o enfrentamento dos dilemas presentes nos serviços de saúde, pautadas na lógica da humanização, que viriam a constituir, em 2003, a PNH.

A partir de 1998, o MS lançou uma série de portarias que orientam ações a serem executadas pelos serviços públicos de saúde, pautadas na humanização. A Portaria GM/MS nº 2.883 instituiu o Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento dos estabelecimentos de saúde integrantes do SUS, com destaque ao atendimento obstétrico e neonatal, com vistas à humanização do atendimento e incentivo ao parto natural. Em 1999, por meio da Portaria GM/MS nº 985, foi estabelecido o acesso à assistência ao parto nos serviços de saúde do SUS, priorizando a melhoria de qualidade da assistência pré-natal e do parto e objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis. No ano de 2000, foi lançado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, através da Portaria GM/MS nº 569, e orientações para a implantação do Método Canguru, por meio da Portaria GM/MS nº 693. Ambas foram direcionadas para o cuidado específico à gestante e ao recém-nascido, no sentido de auxiliar o fortalecimento dos laços afetivos e de cuidado. Estas iniciativas, que seriam posteriormente conhecidas como o embrião da PNH, emergiram em um contexto em que os fundamentos e princípios do SUS, criado em 1988, estavam sendo extremamente questionados.

A conjuntura política paralela a estas ações fez com que a Seguridade Social brasileira passasse por *reformas estruturais* estimuladas pela lógica neoliberal, que imprime o distanciamento de uma universalidade do direito à saúde. As contrarreformas vêm sendo sentidas no Brasil desde o início da década de 1990, mas foi na segunda metade desta que elas se intensificaram, no decorrer do governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC). Este governo ignorou o marco legal da saúde (Constituição Federal de 1988 e Leis 8.080/90 e

8.142/90) como direito fundamental de todos e obrigação do Estado, provocando o desfinanciamento, recentralização das decisões e recursos e a não implantação do plano único de carreira, cargos e salários para os funcionários do SUS. A partir deste momento, foram efetivadas um conjunto de privatizações estatais e investiu-se no fortalecimento dos planos privados de saúde como alternativas ao atendimento disponibilizado na rede pública. A redução dos recursos destinados à saúde tornou-se mecanismo que tende ao desmonte do SUS ou à sua inviabilização. A consequência disto tem sido o fortalecimento dos serviços privados em detrimento do SUS. A expansão dos planos de saúde privados criou uma falsa *impressão de assistência completa*, quando, na realidade, estes não cobrem procedimentos de alta complexidade¹, vigilância à saúde² e serviços de urgência e emergência, fazendo com que o usuário busque, no SUS, o tratamento adequado, quando necessário. Todavia, não ocorrem os devidos ressarcimentos ao SUS por parte dos planos de saúde (CEBES, 2012a). Podemos observar que, aos poucos, consolidou-se uma cultura de naturalização de convivência com um setor privado de saúde e, conseqüentemente, surgiu um sistema de saúde misto, que oscila entre o público e o privado, com a conveniência dos que estão a frente do Estado, a favor do capital financeiro, e sem a implementação de um sistema de saúde universal, conforme prevê o arcabouço legal da saúde (CEBES, 2012b).

As ações do governo FHC permitiram que as desigualdades sociais fossem exacerbadas por velhos e novos problemas e pela desresponsabilização do Estado perante a área social. A privatização é parte das reformas do Estado brasileiro propostas pela equipe do governo FHC. Ocorreu uma descentralização dos serviços que, inicialmente, deveriam ser executados pelo poder público, sendo repassados para as esferas privada e filantrópica (NORONHA e SOARES, 2001). Somado a este processo de privatização, houve a retração do Estado em suas ações e responsabilidades no campo social, trazendo à tona a

¹ Os serviços de alta complexidade no SUS são procedimentos que demandam a utilização de alta tecnologia e alto custo e contemplam serviços em nível ambulatorial e hospitalar. São exemplos de procedimentos de alta complexidade: transplante de órgãos, traumatismo-ortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva, oncologia, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, próteses e órteses, anestésias, radiodiagnóstico, terapia intensiva e outros. As principais áreas estão organizadas em redes, como as de cirurgias cardíacas e de atenção oncológica. (BRASIL. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: CONASS, 2007).

² O conceito de Vigilância em Saúde tem como pressuposto não só a vigilância de doenças transmissíveis, mas também a prevenção e o controle de fatores de risco de doenças não-transmissíveis e riscos ambientais, tendo como finalidade promover ações de combate a doenças transmitidas por vetores, atuar na prevenção e controle de doenças imunopreveníveis, no controle de zoonoses e na vigilância de doenças emergentes. Compõem a vigilância em saúde os seguintes serviços: vigilâncias sanitária, epidemiológica e ambiental, saúde do trabalhador, laboratórios de saúde pública, programa nacional de imunizações, vigilâncias nutricionais e alimentares, prevenção de violência, entre outros. (BRASIL. Vigilância em Saúde no SUS. Brasília: CONASS, 2007).

refilantropização social, ou seja, passou a caber à sociedade civil a responsabilidade de atender as sequelas da questão social. Esta *filantropia do capital* foi resultado de privatizações dos serviços públicos. Neste contexto, evoca-se a solidariedade social nas relações entre Estado e sociedade civil, culminando na criação de políticas sociais focalizadas e assistencialistas (IAMAMOTO, 1998).

Nos anos de 1990, além das orientações políticas do neoliberalismo, o setor produtivo e as empresas passaram por uma reformulação nas formas de produção e relações de trabalho, sobretudo nas formas de contratação dos trabalhadores e de gestão do trabalho. A expansão desta lógica de reestruturação produtiva e de produtividade na esfera do capital desencadeou uma série de consequências negativas para o mundo do trabalho, dadas pela destruição, precarização e eliminação de postos de trabalho. Consequentemente, produziu um elevado índice de desemprego estrutural, induzindo à flexibilização, ao envolvimento do trabalhador, à terceirização, subcontratações, entre outros mecanismos, que tendem à precarização das relações de trabalho (ANTUNES, 2005).

A reestruturação produtiva do capital se desenvolveu intensamente no Brasil, em conformidade com uma conduta política que favorecia esses ideais, implementada através do sistema *just-in-time*, do processo de qualidade total e da descentralização produtiva, acentuando a super-exploração do trabalho (ANTUNES e SILVA, 2010). O foco principal do discurso destes Programas de Qualidade era centralizado no aumento da produtividade camuflado nas relações pseudodemocráticas, onde *todos* eram chamados a participar de maneira igualitária. Entretanto, esta participação não possibilitava que os trabalhadores discutissem os elementos que permeavam o seu cotidiano de trabalho, tais como: o que e quanto deveriam produzir, as formas de obtenção e compra das matérias-primas a serem utilizadas no processo de produção, as formas e preços de comercialização das mercadorias e os modelos de tecnologia a serem utilizados.

Para Mota e Amaral (2000), o processo de reestruturação produtiva é desencadeado por situações de crise na lucratividade do capital. Assim sendo, ocorre o reordenamento dos ciclos produtivos que, consequentemente, afetam as relações de produção, bem como as relações sociais. Essas mudanças no mundo do trabalho atingem diretamente o trabalhador, promovendo uma transformação moral e intelectual destes sujeitos, sendo a razão desse processo tornar viável novas formas de acumulação.

A proposta dos *Programas de Qualidade Total* como uma das estratégias políticas do neoliberalismo e da reestruturação produtiva para recompor o lucro do capital suscitou mudanças nas formas de contratação dos trabalhadores, sobretudo nos contratos precários

e/ou temporários, na terceirização dos serviços não essenciais, na mensuração da produtividade, na multifuncionalidade e envolvimento destes sujeitos. Para isto, os trabalhadores eram imbuídos numa retórica de democratização das relações de trabalho, instigados a pensar a missão e os valores da empresa e, conjuntamente, traçar estratégias que potencializassem a produção, reduzindo assim a ociosidade das máquinas e dos homens. Transformar cada empregado em um *colaborador* ou *parceiro*, fazendo com que compartilhassem as metas da empresa, caracterizava-se como um instrumento de coerção, visto que aos trabalhadores não restava alternativa a não ser aderir a esta lógica de participação e envolvimento, visando a sua permanência no mercado de trabalho (MOTA e AMARAL, 2000).

Ao longo desta década, a lógica dos programas de qualidade chegou ao setor de serviços e ao serviço público. Na realidade social brasileira, as ações de contrarreforma do Estado, que focalizaram ainda mais as políticas sociais, representaram a personificação desta lógica, não necessariamente usando os mesmos termos, mas permeadas pelos mesmos ideais de flexibilização dos serviços e dos contratos de trabalho, autonomia e valorização das iniciativas da sociedade civil, potencialização da relação custo-benefício, ênfase em ações de colaboração, ações solidárias e filantrópicas. Os Programas de Qualidade criaram um *clima* de qualidade no ambiente institucional e, de forma recorrente, os trabalhadores eram solicitados a rever os processos de trabalho, propor soluções a conflitos setoriais ou à baixa *produtividade*, solicitados a traçar formas de lidar com os casos de absenteísmo, situações de dependência química, entre outras.

As definições da missão e dos valores das instituições, que, ainda hoje, permanecem afixadas nos principais espaços de circulação do público, foram definidas neste *clima de qualidade institucional*, com participação dos trabalhadores.

Segundo Silveira (2002, p.28):

(...) os setores dominantes elaboram uma barragem ideológica de tal monta, que mais que incidir na conformação do consenso, funciona, sobretudo, como elemento de brutal apassivização, ao por a circular na tessitura das relações sociais, para além de valores de competitividade, consumo, individualismo, indiferença, auto competitividade, culpabilização e conformismo, entre outros, a crença, internalizada da inexistência de outras alternativas possíveis ao capitalismo.

Particularmente na política e nos serviços de saúde, a crise dos anos 1990 e a quase completa desconsideração dos direitos sociais e de saúde indicados no texto constitucional e seus regulamentos ganharam uma expressão *humanizada*, inicialmente com a retórica da qualidade, recebendo destaque no tema central da 10ª Conferência Nacional de Saúde,

realizada em 1996, intitulada: *SUS – Construindo um novo modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida* e no tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, com o título: *Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social*³. Como o governo FHC não conseguiu alterar o arcabouço legal do SUS, reduzindo a perspectiva de direitos de todos e obrigação do Estado, em um projeto de lei arquivado em 1995, usou outras estratégias para inviabilizá-lo em seus princípios e competências⁴. O sucateamento e o desfinanciamento foram algumas de suas estratégias, ao lado da definição de programas e prêmios que valorizassem as melhores práticas ou qualidade de serviços. O tema da saúde pública é sensível à sociedade civil e passa a ser explorado pela mídia, essencialmente, nos setores de estrangulamento, como as emergências e os indicadores de mortalidade, refletindo situações dramáticas. A nosso ver, a estratégia do governo, que não priorizou a implementação do SUS, deu preferência a ações que minimizassem as situações que causavam comoção social.

Segundo Alves, Miotto e Gerber (2007), a humanização é compreendida e operacionalizada “nos serviços de saúde a partir do senso comum, à medida que se vincula a ideia do ‘tratar bem’, o que concorre para a banalização da relação entre os sujeitos, perdendo então a perspectiva dos direitos”. Este conceito também se vincula a padrões de qualidade, à medida que busca reconhecimento através da eficiência e marketing, e passa a ser um conceito disseminado nas empresas que buscam a liderança. Como já mencionado, os programas de qualidade da década de 1990 foram canalizados na área da saúde, no conceito de humanização, com atual foco no *cliente* dos serviços de saúde e instituições hospitalares.

Neste sentido, entendemos que as portarias e os prêmios a ações de combate às mortalidades infantil e materna (via procedimentos de atenção pré-natal, assistência ao parto e método canguru) representaram as primeiras versões dos programas de qualidade na área da saúde, metamorfoseados em práticas e retóricas de humanização. Em outros termos, nossa hipótese é de que as práticas e retóricas da humanização representaram a evolução dos Programas de Qualidade na área da saúde, pois, em essência, propuseram mudanças na gestão e relações de trabalho e nas relações com os *clientes* (usuários) em uma lógica de envolvimento, corresponsabilização e pseudodemocratização.

A partir de nossa interpretação, suspeitamos que a humanização se caracteriza como um instrumento utilizado pelo governo de FHC para mascarar os problemas existentes no

³ A 13ª Conferência Nacional de Saúde, em 2007, convocada pelo governo Lula, também constava no seu tema o termo qualidade: *Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento*.

⁴ Ver artigos 6º e 7º da Lei 8.080/1990.

SUS, derivados da reforma estrutural realizada, e artifício para mostrar ao povo que o governo demonstrava preocupação com o setor da saúde, mesmo realizando cortes significativos. Estes elementos foram sistematizados, posteriormente, no PNHAH, em meio a uma conjuntura de negação dos direitos sociais e contrarreforma estatal.

1.2. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

O termo *humanização* tem sido utilizado com frequência no âmbito da saúde. A temática surgiu, inicialmente, direcionada à humanização no pré-natal, parto e assistência à criança recém-nascida através do Método Canguru, sendo oficializada em 2000, através do PNHAH, editado pelo MS⁵. Inicialmente, o PNHAH foi constituído como uma política ministerial, destinada a “promover uma nova cultura de atendimento à saúde”. Seu objetivo principal seria “aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade” (BRASIL, 2001). O Programa recebeu status de Política de Assistência com uma perspectiva transversal, o que significa dizer que foi elaborado para fazer parte das demais políticas de saúde, levando em consideração as particularidades regionais onde fosse implementado.

O MS elaborou o texto do PNHAH a partir dos resultados obtidos através de uma pesquisa onde os usuários do SUS puderam avaliar a qualidade do sistema de saúde. O diagnóstico mostrou a insatisfação dos usuários em relação a vários aspectos, sendo que o texto do Programa ressalta as deficiências que envolvem as relações entre profissionais de saúde e usuários.

Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, a falta de medicamentos. (BRASIL, 2001)

A partir desta avaliação feita pelos usuários, o PNHAH apresenta um *discurso* arraigado em elementos subjetivos, tornando a humanização um *meio* de transformar e fortalecer estas relações. Todavia, aspectos fundamentais de base material para a qualidade no

⁵ Entre os anos 1999 e 2002, além do PNHAH, algumas outras ações e programas foram propostos pelo MS, voltados para o que também foi se definindo como campo da ‘[humanização](#)’. Destacamos a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH – 1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001); Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); Programa de [Humanização](#) no Pré-Natal e Nascimento (2000); Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000); dentre outros. Ainda que a palavra ‘[humanização](#)’ não apareça em todos os programas e ações e que haja diferentes intenções e focos entre eles, podemos acompanhar a relação que vai se estabelecendo entre [humanização](#) e qualidade na atenção-satisfação do usuário (Benevides e Passos, 2005).

atendimento à saúde passaram a ser tratados como secundários, resultando em: falta de profissionais, de medicamentos, de infraestrutura, etc. O usuário, antes mesmo de identificar a falta desta base material do sistema, percebe a falta de acesso e o mal atendimento prestado.

O PNHAH surgiu da experiência de um projeto-piloto que foi executado durante cinco meses, o qual confirmou que existiam muitos aspectos a serem desenvolvidos nos serviços de saúde, seguindo um referencial de humanização. Foi utilizada uma metodologia progressiva, que objetivou expandir a humanização nos hospitais vinculados ao SUS. A primeira fase de implantação do projeto ocorreu entre maio de 2001 e abril de 2002, sendo executado em noventa e quatro hospitais. A segunda fase foi iniciada em maio de 2002 e seguiu até dezembro do mesmo ano, sendo expandida para quatrocentos e cinquenta hospitais (BRASIL, 2001).

Os principais objetivos foram:

- a) deflagrar um processo de humanização dos serviços de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento à saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais; b) produzir um conhecimento específico acerca destas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil. (BRASIL, 2001)

Para viabilizar o processo em curso, o MS, articulado com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, criou o Comitê Técnico de Humanização (CTH), com a finalidade de capacitar e promover apoio técnico ao PNHAH. Foram criados Grupos de Trabalho de Humanização Hospitalar (GTH) em cada instituição participante do Programa, os quais deveriam ser constituídos por lideranças representativas do coletivo de profissionais com a missão de propagar os benefícios da assistência à saúde de forma humanizada, bem como Grupos de Multiplicadores de Humanização Hospitalar (GMH), os quais seriam responsáveis pelo acompanhamento e avaliação dos resultados obtidos pelo PNHAH nas instituições hospitalares no SUS (BRASIL, 2001).

O PNHAH pressupunha espaços de comunicação desde a sua elaboração. Portanto, foi criada a Rede Nacional de Humanização, com o intuito de interligar as instituições através de um portal eletrônico pelo qual fosse possível “o intercâmbio constante de ideias, estratégias, informações relevantes, além de garantir o apoio e ressonância necessários a cada iniciativa” (BRASIL, 2001). Essa rede foi elaborada a partir de três perspectivas de ação: Rede Presencial, composta pelo CTH, pelos GMH e pelos GTH; Rede eletrônica, da qual faz parte o site de Humanização da Assistência Hospitalar, coordenado pelo CTH; e Rede Audiovisual, composta pelos materiais utilizados nas capacitações (BRASIL, 2001). Segundo

os documentos do Programa, caberia à instituição e aos profissionais que a compõem a responsabilidade de assumirem o lugar de *sujeito protagonista* no processo de humanização, tendo como meta final “promover uma mudança de cultura de atendimento em saúde no Brasil”. Para que um novo modelo de serviços de saúde pudesse ser executado, sendo pautado no respeito à vida, o Programa apresentou como necessário aliar a *eficiência técnico-científica* expressa através da recuperação das instalações físicas das instituições, a renovação de equipamentos e aparelhagem tecnológica moderna, a capacitação de recursos humanos, entre outros; e a *racionalidade administrativa*, operacionalizada através de ações que proporcionassem mudanças positivas no contato humano presente em toda intervenção, qualificando o atendimento à saúde do usuário (BRASIL, 2001).

É possível identificar que o apelo afetivo⁶ é retomado em vários momentos como elemento essencial para a humanização. Entretanto, perde-se o aspecto do direito à saúde como ponto nodal da assistência hospitalar humanizada. A partir de nossa interpretação, supomos que repassar a responsabilidade aos profissionais, tornando-os *sujeitos protagonistas* da humanização, parece sobrecarregá-los, pois o êxito destas práticas envolve todas as instâncias que dão corpo à política e aos serviços de saúde no país. Para alcançarmos uma mudança nos padrões de atendimento à saúde, cogitamos a necessidade de reavaliar a eficácia do atual modelo de assistência hospitalar centrado no saber médico e o modelo clínico e curativo. Isto faz com que os demais profissionais de saúde, muitas vezes, sejam transformados em coadjuvantes neste processo. Consideramos que todos os que trabalham nas unidades de saúde são profissionais da respectiva área, cada qual com sua importância no processo de atenção à saúde/doença dos usuários.

Compreendemos a relevância dos elementos subjetivos que o PNHAH utiliza em seus documentos. Entretanto, estes por si só não são suficientes para garantir o atendimento em saúde, efetivando os fundamentos do SUS – saúde como direito de todos e dever do Estado. Fatores como solidariedade, participação e engajamento dos profissionais com a humanização não podem ser compreendidos como algo suficiente para dar conta da infraestrutura das instituições hospitalares, da manutenção de equipes com número suficiente de profissionais para atenderem as demandas apresentadas, de funcionários efetivos e com

⁶ A humanização propõe uma nova forma de perceber o ser humano, considerando-o em sua singularidade e complexidade. Todavia, sua interpretação conceitual e termos são dotados de um apelo afetivo. Consideramos como apelo afetivo o discurso utilizado pelo Programa, o qual apresenta-se imbuído por elementos subjetivos que ressaltam a importância: da solidariedade, da participação, da criatividade, de se colocar no lugar do outro, de se identificar com o sofrimento do outro, etc. Estes elementos surgem no cotidiano das relações de cuidado nas instituições hospitalares e devem ser considerados. Entretanto, não devem ser tomados como fim em si mesmos, descaracterizando o direito à saúde em sua totalidade.

plano de carreira, cargos e salários, de financiamento condizente e uma gestão efetivamente pública.

As ações voluntárias nos serviços de saúde recebem ênfase no PNHAH, sendo relacionadas à mudança de cultura de atendimento proposta através da humanização. O voluntariado, nos últimos anos, tem recebido visibilidade. Historicamente, foi associado ao assistencialismo religioso. Porém, recentemente, recebeu um novo significado “assentado em uma ética de solidariedade e participação cidadã”. O trabalho voluntário passou a integrar a instituição, constituindo-se como elo entre esta e a comunidade, que passou a incorporar e assumir sua parcela de responsabilidade pela mudança na cultura de atendimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

Concordamos com Vasconcelos (2011), quando diz que “o que está por trás da demanda pelo trabalho voluntário é a necessidade que o Estado tem, ao desresponsabilizar-se pela questão social, de encontrar quem a assuma de alguma forma”. Deste modo, as expressões da questão social acabam perdendo seu caráter de demanda pública e coletiva e, encaradas de forma fragmentada, impossibilitam que o voluntário compreenda a ordem social em que está inserido. Vasconcelos (2011) afirma que “as políticas focalistas do Estado neoliberal não só excluem a maioria do acesso aos benefícios, mas rompem com o que está garantido na Constituição Federal”. Portanto, o desmonte do tripé da seguridade social contribuiu para o enfraquecimento da universalização dos direitos sociais, incluindo o direito à saúde, ao passo que os mais atingidos são os cidadãos que dependem da saúde, assistência e previdência operacionalizadas pelo Estado. Na falta destas, o usuário passa a depender da compaixão, benemerência e ajuda que parecem estar ao alcance dos serviços voluntários.

Acreditamos que ações voluntárias não representam a única alternativa de participação comunitária, seja no contato com as instituições de saúde ou em outras instâncias. Há que se incentivar a participação do cidadão nos Conselhos e Conferências de Saúde, os quais foram instituídos e regulamentados pela Lei nº 8.142/90.

A partir da apreciação do PNHAH, percebemos que a implementação dos princípios e diretrizes do SUS têm sido negligenciada pelos governos. Caso fossem realmente efetivados, talvez não houvesse a necessidade da criação de um Programa ou uma Política voltada para a humanização das práticas de assistência à saúde. Todavia, o PNHAH consiste na expressão ideológica da reforma do Estado efetivada no governo de FHC, que buscou por meio deste a não implementação do SUS. Outro aspecto que gostaríamos de apontar é o fato de o texto do Programa não deixar claras as formas de garantir a humanização, cabendo aos profissionais propor estas ações. O discurso é fundamentado em elementos de teor emocional

e a sua concretização parece depender da subjetividade e da responsabilização individual dos trabalhadores e gestores.

1.3. Política Nacional de Humanização nos anos 2000

O ano de 2003 foi considerado histórico na humanização pelo MS, quando foi lançada a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão no SUS, conhecida também como PNH - Humaniza SUS. A humanização deixou de ser focada em questões pontuais de um Programa e passou a se constituir como Política dentro do SUS. A PNH foi proposta em uma nova conjuntura política desencadeada pelo governo Lula. Havia uma expectativa de que este governo efetivasse os ideais preconizados na Reforma Sanitária, com o intuito de fortalecer o SUS idealizado através do texto constitucional (BRAVO, 2009). Contudo, a saúde não se caracterizou como prioridade na estratégia adotada. As ações governamentais oscilaram entre o projeto da saúde marcado pela ênfase na “implementação gradativa do SUS na tentativa de mudança do modelo de assistência à saúde, a partir de projetos que priorizavam o acolhimento e a humanização” e outro projeto baseado na lógica privatista e de mercado iniciada no governo anterior (MENICUCCI, p. 525, 2011).

Em seu primeiro mandato, Lula manteve as diretrizes da política macroeconômica executadas por FHC. Em relação à saúde pública, os impactos incidiram sob seu financiamento, onde o governo pretendeu incorporar ao montante de despesas da saúde itens não considerados como tal, representando assim tentativas de redução orçamentária para o setor (MENDES e MARQUES, 2005). As estratégias de atuação propuseram a integração da atenção básica com a assistência especializada e hospitalar, pontuando a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização da atenção à saúde. As ações governamentais não lograram êxito a ponto de atingir mudanças significativas de organização dos serviços e condições efetivas de saúde. (TEIXEIRA e PAIM, 2005). No exercício do segundo mandato, o foco das ações ficou a cargo dos determinantes sociais da saúde e as possibilidades para a política de saúde. Segundo Menicucci (2011), ao longo dos anos, o governo Lula fez com que uma mudança de foco na agenda governamental fosse efetivada, passando da ênfase exclusiva na implementação gradativa do SUS no primeiro mandato para os determinantes da saúde no segundo. Ao fazer uma análise mais ampla do governo, a autora citada concluiu que, no âmbito dos condicionantes da saúde, a atuação governamental foi bastante inovadora. Todavia, os aspectos que se relacionam com a política de saúde não obtiveram grandes mudanças, sendo influenciadas pela difícil implementação dos princípios do SUS, o desfinanciamento e a despolitização da saúde, já que estes não foram enfrentados como

problemas estruturais do sistema de saúde. Desta forma, o governo investiu em programas *focais* como o “Farmácia Popular” e o “Brasil Sorridente”, que evidenciaram a opção do governo por programas de impacto social em detrimento de políticas públicas fundamentadas nos ideais da Reforma Sanitária (TEIXEIRA e PAIM, 2005).

Foi no início deste governo, ainda em meio à tendência progressista, que a humanização ganhou status de uma política nacional. O diagnóstico que está no documento base da PNH (BRASIL, 2004) denunciava: desvalorização dos trabalhadores da saúde; expressiva precarização das relações de trabalho; baixo investimento no processo de educação permanente desses trabalhadores; pouca participação na gestão dos serviços; frágil vínculo com os usuários; despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe; presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho; desrespeito aos direitos dos usuários; formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde; controle social frágil dos processos de atenção e gestão do SUS; e modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta. Esta Política foi constituída sem portarias e expressava o intuito de fazer com que a humanização perpassasse as diversas instâncias gestoras do SUS, o que “sinalizava a construção de trocas solidárias no processo de assistência, servindo de eixo articulador das práticas de saúde, envolvendo gestores, trabalhadores e usuários do SUS” (BRASIL, 2008).

A partir de 2003, momento em que a humanização se caracterizou como Política e passou a compor as ações na área da saúde, ampliaram-se suas bases conceituais. A humanização como política se relaciona à transformação nos modelos de atenção e de gestão nos serviços de saúde viabilizados pelo SUS. Essa mudança, segundo o texto oficial, implica diretamente em relações em que haja empatia entre trabalhadores, usuários e gestores (BRASIL, 2004). A PNH é orientada pelos princípios da transversalidade e indissociabilidade entre gestão e atenção. A humanização como proposta de mudança nas práticas de saúde implica em novas relações entre os sujeitos que operacionalizam o trabalho em saúde. A transversalidade tende a aumentar a comunicação entre os profissionais e instituições do SUS. E o princípio da indissociabilidade entre gestão e atenção expressa que o modo de gestão implica diretamente na qualidade de atendimento disponibilizado aos usuários, bem como das relações de trabalho que se estabelecem entre os profissionais. Incentivar, entre os sujeitos responsáveis pelo cuidado, práticas de cogestão e corresponsabilidade, segundo o texto oficial da PNH, é essencial para efetivar as mudanças nas práticas de assistência à saúde (BRASIL 2004 e 2008).

O texto oficial da PNH (BRASIL, 2004, p.19) estabelece como princípios norteadores da política: valorização da dimensão subjetiva e social presente em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão; fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional; redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde; autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos; corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

A PNH tem como diretrizes de atuação (BRASIL, 2004 e 2008):

- Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população e entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;
- Implantar, estimular e fortalecer os GTH;
- Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias;
- Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e corresponsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- Sensibilizar as equipes de saúde ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;
- Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde através de colegiados gestores;
- Programar sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde;
- Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS;
- O fomento das grupidades, coletivos e redes; e
- A construção da memória do SUS que dá certo.

A PNH, em seus documentos oficiais (BRASIL, 2004 e 2008), estabelece como objetivos: reduzir as filas e o tempo de espera; dispor de atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco; conhecimento do usuário do SUS sobre quem são os

profissionais que cuidam de sua saúde; direito do usuário a informações sobre seu tratamento e o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha); gestão participativa aos trabalhadores e usuários; e educação permanente para os profissionais.

Para melhor situarmos a temática proposta fizemos um recorte da humanização na atenção hospitalar, sendo pertinente ressaltarmos os parâmetros utilizados pela PNH para acompanhamento e implementação de suas ações na atenção hospitalar: a existência de GTH; a visita aberta, através da presença do acompanhante; a recepção com acolhimento aos usuários baseado na avaliação de risco; a ouvidoria, para escuta da população e dos trabalhadores; a equipe multiprofissional; o sistema de referência e contrarreferência; e educação permanente para os profissionais.

A PNH, assim como o PNHAH, retoma conceitos subjetivos ao invés de tomar a saúde como direito de todos e responsabilidade do Estado. O texto reforça de forma enfática o papel dos profissionais como sujeitos protagonistas do processo de produção de saúde e de práticas humanizadas, cabendo a estes traçar estratégias que imprimam *qualidade*, *resolutividade*, transversalidade e trabalho em equipe multiprofissional nos serviços de saúde. Secundariamente, o documento da PNH indica a responsabilidade da gestão na produção de práticas humanizadas na saúde. É importante reconhecermos que práticas humanizadas, efetivadas até então através do esforço de alguns profissionais, fazem com que sejam rompidas condições desumanas vivenciadas pelos usuários em alguns centros de saúde pelo país. Todavia, nos parece que estas ações não desempenham força suficiente para mudar as condições em que se encontra a saúde no Brasil, pois são resultados de esforços localizados e individualizados, que não se institucionalizam e não conseguem, efetivamente mudar os rumos da gestão do SUS.

Tratar o usuário com respeito, priorizar seus direitos, ofertar-lhe um atendimento em condições adequadas e fazer trocas solidárias com os profissionais é o que se espera, pelo menos no plano do ideal, das relações que se estabelecem nos serviços públicos de saúde. Mas a realidade em muitos dos serviços de saúde é outra. Ouvimos muitas reclamações de profissionais sem condições materiais de trabalho, se sentindo explorados e sobrecarregados, enquanto os usuários reclamam da falta de atendimento e também do mau atendimento. Apesar de o governo Lula ter posto em prática a PNH dentro do SUS, com objetivo de resolver estes *dramas* de usuários e trabalhadores, na realidade, a implementação desta contribuiu para que os princípios do SUS ficassem descaracterizados, metamorfoseados e não fossem concretizados. Para a efetivação da PNH, o Estado assumiu um papel de coordenador, enquanto designou para os trabalhadores, usuários e, timidamente, para os gestores, a

obrigação de traçar estratégias para o cumprimento de suas diretrizes, influenciados pelo discurso altamente subjetivo e de apelo afetivo-emocional que a Política utiliza. Não podemos considerar que a PNH nega o SUS, um direito social que foi fruto de uma grande luta social organizada em torno do Movimento da Reforma Sanitária. Realmente, a PNH é colocada como uma estratégia de implementar o SUS, mas saúde como direito de todos e dever do Estado, efetivamente, não recebe qualquer centralidade. A PNH, apesar de fazer várias referências ao controle social, não menciona seu caráter deliberativo e parece tratá-lo como espaço consultivo ou colaborador. Os temas polêmicos nestes quase 25 anos do SUS não são enfrentados pela PNH, tais como: o financiamento público da esfera federal para ser investido no setor público e não repassado aos serviços privados contratualizados; o plano único de carreira, cargos e salários dos trabalhadores do SUS; a gestão das unidades de saúde, que deveriam ser públicas e estão sendo terceirizadas a Organizações Sociais, Fundações e Empresas; o financiamento e a respectiva definição de prioridade para pesquisas e incorporação tecnológica; e o estrangulamento no acesso a média complexidade.

1.4. Reflexões acerca do tema Humanização

No campo das políticas públicas de [saúde](#), [humanização](#) diz respeito à transformação dos modelos de atenção e de [gestão](#) nos serviços e sistemas de saúde, indicando a necessária construção de novas relações entre usuários e trabalhadores e destes entre si. A [humanização](#) em saúde volta-se para as práticas concretas comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos e também para as experiências concretas e considera o humano em sua capacidade criadora e singular.

O documento que institui a PNH (Brasil, 2004, p.13) entende a humanização como:

Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; identificação das necessidades de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

O PNHAH mostra que o termo humanização pode ser compreendido como “a valorização da dimensão humana e subjetiva, presente em todo o ato de assistência à saúde”. Assim sendo, são contemplados os aspectos subjetivos e éticos presentes na relação que se estabelece entre usuários e profissionais (BRASIL, 2001). Deste modo, a assistência qualificada com base na técnica, os direitos do paciente, sua subjetividade, preferências

religiosas e culturais recebem significativa importância a partir da proposta de humanização. Tal concepção tende a indicar uma nova práxis na produção da saúde.

Segundo Giordani (2008), a humanização da assistência evoca uma compreensão humanista, “que prioriza a expressão dos sentimentos, as ações simples e o sujeito, em contraposição ao paradigma dominante que valoriza o aspecto biológico, a tecnologia e a produtividade”. Compreendemos que o resgate do cuidado não é rejeição aos aspectos técnicos, nem aos aspectos científicos. Ambos devem articular-se de modo a proporcionar um projeto terapêutico ampliado aos usuários, sem que a técnica predomine, deixando o atendimento mecanizado, tampouco apenas articulado com base nos sentimentos, perdendo a objetividade do cuidado.

Benevides e Passos (2005a) compreendem que a idealização do homem não contribui para consolidar a humanização, mas sim a incitação a um processo de produção de novos territórios existenciais, tornando cada homem como ser único alheio a um ideal, tendo a missão de reinventar sua humanidade constantemente através de novas práticas, de maneira coletiva. No entanto, para este trabalho, sentimos a necessidade de entender melhor o conceito de humanização e buscar seu sentido histórico e social, pois os conceitos acima nos parecem insuficientes. Por este motivo, iniciamos pelo contexto semântico. O denotativo da *humanização* significa “ato ou efeito de humanizar”, que significa: tornar humano, tornar benévolo, tornar afável, dar a condição de homem, inspirar humanidade, humanizar-se, civilizar e adquirir hábitos sociais⁷. Segundo o Dicionário Aurélio (1993), a expressão *humanização* remete à palavra “humano” e significa “algo próprio do homem, humanitário”. Humanizar é ter uma predisposição para com o outro de forma ética, individual e independente, reconhecendo os limites, seus e os dele, compondo uma empatia entre indivíduos e possibilitando troca de informações⁸. No sentido oposto, as mesmas referências indicam que desumano é o que não é humano, bestial, bárbaro e cruel.

Estes sentidos de dicionário da humanização ou do ato de humanizar ainda nos parecem insuficientes, pois são centrados em revelar qualidades de afetividade e bondade e indicam uma vida pautada na linearidade e na harmonia. Secundariamente, expressam algo como aquisição de hábitos sociais ou trocas entre os indivíduos. Este sentido semântico da

7 TETZLAFF, A.S.S. O que é humanização?. *Hi Technologies* [online], mai. 2010. Disponível em: <<http://hitechnologies.com.br/humanizacao/o-que-e-humanizacao/>>. Acesso em: 30 out. 2012.

8 FERREIRA, A. B. D. H.. *Mini Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

humanização é bastante semelhante ao que é apresentado nos textos do PNHAH e da PNH. A construção do homem como um ser que não se qualifica apenas pela bondade nem pelo seu lado bárbaro, mas um homem que não é abstrato, que é comum, concreto em função das determinações histórico-sociais, é o que procuraremos problematizar na sequência.

Fomos buscar apoio para refletir sobre a humanização na literatura marxista, por entender que ela tem, como pressuposto, pensar a sociedade e o homem a partir de suas condições materiais de vida e não de suas abstrações ou de condições ideais, como nos parece se pautar a PNH do MS.

O primeiro pressuposto de toda história humana é naturalmente a existência de indivíduos humanos vivos. [...]. Podem-se distinguir os homens dos animais pela consciência, pela religião e por tudo que se queira. Mas eles próprios começam a se distinguir dos animais logo que começam a *produzir* seus meios de vida [...]. Produzindo seus meios de vida produzem, indiretamente, sua própria vida material. [...]. Tal como os indivíduos manifestam sua vida, assim são eles. O que eles são coincide, portanto, com sua produção, tanto com *o que* produzem, como com o modo *como* produzem. O que os indivíduos são, portanto depende das condições materiais de sua produção. (MARX e ENGELS, p. 27 e 28, 1993)

Podemos inferir, a partir deste conjunto de afirmações de Marx e Engels, que a história humana e mesmo o processo de humanização são compreendidos e analisados, fundamentalmente, a partir da categoria do modo de produção dos meios de vida. Portanto, o trabalho é característica distintiva importante do homem em relação aos demais animais. Assim, o próprio processo de humanização está intimamente ligado ao trabalho e às relações sociais de cada tempo histórico. Os autores explicam:

É preciso que, cada caso particular, a observação empírica coloque necessariamente em relevo [...] a conexão entre a estrutura social e política e a produção. A estrutura social e o Estado nascem constantemente do processo de vida de indivíduos determinados [...], tal e como atuam e produzem materialmente. [...]. A produção de ideias, de representações da consciência está de início diretamente entrelaçada com a atividade material e com o intercâmbio material dos homens, como a linguagem da vida real. (MARX e ENGELS, p. 35 e 36, 1993)

É neste sentido que consideramos que a política de humanização na saúde se sustenta apenas em diagnósticos parciais e de aparência dos problemas de atenção à saúde e propõe ações que ficam no âmbito da iniciativa individual ou boa vontade dos profissionais, sem conseguir levar em consideração a estrutura em que os problemas da atenção e da gestão à saúde se sustentam. Em que as situações concretas, o modo de vida determinado da sociedade brasileira, com sua estrutura de produção e distribuição da riqueza social extremamente desigual, interferem num serviço setorial, como a política de saúde? Particularmente, como se relaciona com a humanização a falta de tradição de serviços públicos de saúde e a falta de reconhecimento da saúde como direito social até 1988, sendo até então um direito

contributivo? O setor privado da saúde, que carrega para si percentual significativo dos recursos públicos de saúde e a mídia não medem esforços para desqualificar o que a sociedade brasileira conseguiu construir com a Reforma Sanitária e com o SUS.

Voltando aos nossos autores, na sociedade capitalista, o ato dos homens produzirem seus próprios meios de vida pelo trabalho ganhou muita complexidade. Foi com a divisão do trabalho que surgiu a possibilidade que “a fruição e o trabalho, a produção e o consumo caibam a indivíduos diferentes” (MARX e ENGELS, p. 45, 1993). Por este motivo, as formas de organização do trabalho e da produção se apresentam estranhas ao trabalhador, decorrendo, deste processo, o que os autores chamam de trabalho alienado, pois o sistema prioriza a acumulação de capital em detrimento da satisfação das necessidades humanas e da realização do homem na produção dos seus meios de vida. Ao tematizar o trabalho alienado, os autores chamam a atenção para a expropriação do humano nele contida, pois os homens produzem, de modo natural, um valor de troca, sem conseguirem perceber que suas necessidades de valor de uso estão submetidas ao valor de troca.

A organização do trabalho, especialmente no contexto da produção de excedentes, tende a dissociar o trabalhador do produto imediato do seu trabalho, passando sua contribuição a ter uma dimensão *social* e, portanto, um significado mediato e abstrato. Para o trabalhador, os motivos do seu trabalho são transformados e já não são mais regulados pelas necessidades humanas. O produto do seu trabalho passa a ser consumido por *desconhecidos*. O resultado do que faz se dilui na produção coletiva e, em alguns casos, somente será percebido e usufruído por gerações posteriores. Nesta forma de produção, a criação e expansão das necessidades humanas só podem ser realizadas sob a forma de mercadorias. Tal mecanismo muda a relação do trabalhador com o produto de seu trabalho e enseja, para a sustentação do mencionado mecanismo, exploração de mão-de-obra e um crescente processo de desumanização. O ser humano fica reduzido à sua vida animal, à satisfação de suas necessidades básicas de sobrevivência. O modo de produção em que o homem, *naturalmente*, vende sua força de trabalho para produzir valor de troca e o que recebe – salário – mal satisfaz suas necessidades humanas constitui o principal processo de desumanização da sociedade contemporânea. Neste processo, ele não se percebe em uma situação de alienação, em que a riqueza social decorrente deste moderno processo de produção do qual é integrante, é desigualmente apropriada.

A classe detentora dos meios de produção, que se apropria da riqueza social produzida com o trabalho explorado e alienado:

para alcançar estes fins a que se propõe, apresenta seus interesses como sendo o interesse comum de todos os membros da sociedade, isto é, para expressar isso mesmo em termos ideais: é obrigada a emprestar as suas ideias, a forma de universalidade, a apresentá-las como sendo as únicas racionais, as únicas universalmente válidas. (MARX e ENGELS, p. 74, 1993)

Particularmente, em referência ao objeto deste estudo, consideramos que, numa pretensa defesa do SUS, o discurso que envolve a política de humanização na saúde passa a encobrir-se de ares de universalidade, como se fosse interesse e necessidade de todos e, como dissemos anteriormente, a retórica da política de humanização, ao se apresentar como um interesse e necessidade geral, silencia quanto às determinações histórico-sociais da política e dos serviços de saúde na sociedade brasileira. A PNH procura demonstrar que ela é uma *necessidade de todos* no sistema de saúde, mas não explicita efetivamente os fundamentos do SUS.

Não pretendemos cansar o leitor com texto de legislação, mas a intenção é mostrar aqui que as proposições que se apresentam inovadoras no PNHAH e na PNH estão contempladas na legislação do SUS, sobretudo nos seus objetivos, nas suas competências, nos seus princípios e no conceito ampliado de saúde. Em nosso entendimento, se o direito à saúde fosse considerado direito de todos e dever do Estado e os objetivos, as competências, os princípios e o conceito ampliado de saúde do SUS fossem considerados integralmente a partir dos seus fundamentos, uma PNH não teria sentido, porque todos os objetivos, diretrizes e princípios, acima elencados, poderiam ser concretizados. É claro que a legislação do SUS é datada e tem as marcas dos interesses em jogo na época, tanto que estes artigos, que lhe são fundantes, não fazem referência ao financiamento, às formas de contrato e de educação continuada do trabalhador da saúde. Segundo a Lei 8.080 (BRASIL, 1990):

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Art. 5º - Dos objetivos do Sistema Único de Saúde - SUS: I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no §1º do artigo 2º desta Lei; III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º Campo de atuação do SUS: I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde; IV - a vigilância nutricional e orientação alimentar; V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho; VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano; IX - participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico; XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

Art. 7º As ações do SUS são desenvolvidas obedecendo aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; VIII - participação da comunidade; IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; X - integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população; XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

De acordo com o nosso entendimento, este arcabouço legal do SUS é bastante explícito nas condições de financiamento, gestão e atendimento direto ao usuário, visando ter, na prática dos serviços de saúde, um atendimento humanizado, de acordo com o sentido semântico da humanização e com o próprio conceito de humanização usado na PNH. Não percebemos que as trocas solidárias, a redução das filas e do tempo de espera, o atendimento acolhedor e resolutivo, o conhecimento do usuário do SUS sobre quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, o direito do usuário a informações sobre seu tratamento e ao acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), a gestão participativa aos trabalhadores e usuários e a educação permanente dos trabalhadores estejam fora do texto do SUS acima.

Consideramos que (re)pensar os conceitos advindos do tema humanização implica considerar, também, o homem em sua condição ontológica. O homem, como ser dotado de

liberdade e potencialidades para optar e tomar decisões, se revela capaz de intervir pessoalmente para aceitar, rejeitar ou transformar uma determinada situação.

Segundo Santos (2009, p.05), “Lukács enfatiza o fato de Engels ter situado o trabalho como categoria central no processo de humanização do homem”. Todavia, o homem, diferentemente dos animais, dotado da razão, utiliza-a para realizar o trabalho e suprir suas necessidades não somente imediatas, mas a longo prazo.

Assim afirmou Marx:

Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na cabeça do trabalhador. (MARX, 1988, p.211-212)

É a capacidade teleológica do homem que o difere dos demais animais, pois sua capacidade de antecipar, no plano da imaginação, uma ação a ser executada o caracteriza como um ser social⁹. Deste modo, a humanização é inerente ao homem. Imbuído da razão, o homem pode planejar e idealizar suas ações, direcionando-as a uma determinada finalidade. Entretanto, isto se perde no cotidiano das relações sociais, pelo fato de o homem realizar seu trabalho de forma alienada e não se reconhecer no produto do seu trabalho. Deslandes (2004, p.8) afirma que “o conceito de humanização da assistência ainda necessita de uma definição mais clara, conformando-se mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático”. É necessário retomar o conceito ontológico do ser social, a fim de compreender o homem em sua natureza e as relações que se estabelecem a partir do seu potencial teleológico, de modo a tensionar e direcionar a prática da assistência humanizada, ultrapassando a barreira imposta pela teoria vista de forma isolada.

O discurso da humanização tem aparecido de forma bastante natural na sociedade. Sugestionada por um apelo afetivo e de interesse geral, a humanização se apresenta imersa em uma lógica de que as ações humanizadas são inerentes à natureza humana, ao passo que os indivíduos que questionam ou se posicionam de forma contrária são vistos com maus olhos na sociedade, pois a compreensão que se construiu em torno desta temática reforça os conceitos semânticos abordados anteriormente.

⁹ Seguindo uma reflexão marxiana, Lukács afirma que o homem é um ser eminentemente social e aponta a categoria trabalho como sendo a que fundamenta o ser social. O trabalho se caracteriza como elemento intermediador entre homem e natureza (SANTOS, 2009).

2. A HUMANIZAÇÃO NO SUS: O SERVIÇO DE ONCO-HEMATOLOGIA DO HU-UFSC

2.1. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do HU/UFSC: o trabalho da Comissão de Humanização

Este trabalho tem por objetivo apresentar o PNHAH e a PNH, observando suas expressões na dinâmica do serviço de onco-hematologia do HU/UFSC, onde buscamos compreender o seu processo de implementação e suas particularidades na realidade institucional do serviço, através dos documentos disponíveis. Considerando a experiência do estágio realizado no Serviço Social da instituição, buscamos as atas e memorandos da CHHU/UFSC e realizamos entrevistas com os profissionais de saúde da Clínica Médica II para conhecermos como vivenciam, no seu cotidiano profissional, a PNH.

Segundo as atas arquivadas pela CHHU/UFSC, o Hospital desenvolvia uma série de atividades de caráter humanizado, apesar de serem operacionalizadas por cada setor da instituição de forma fragmentada, sem que houvesse o conhecimento de todos os profissionais. Portanto, a partir do ano de 2005, a Direção Geral do HU/UFSC, buscando se adequar às diretrizes da PNH, instituiu a Comissão de Humanização da Assistência Hospitalar no HU/UFSC¹⁰, por meio da portaria nº 011/DG-HU/2005, no exercício da gestão do Professor Carlos Alberto Justo da Silva.

A partir do resgate de informações realizado nas onze atas da CHHU/UFSC no decorrer do ano de 2005, os principais assuntos em pauta foram:

- Retrospectiva das atividades da CHHU/UFSC;
- Apresentação dos membros da Comissão;
- Entrega de material pertinente aos projetos desenvolvidos pela Comissão anterior;
- Entrega de novas portarias;
- Apresentação de propostas de questionário para a avaliação de satisfação dos usuários;
- Discussão dos projetos em andamento;
- Sugestão de novos projetos;

¹⁰ A Comissão de Humanização da Assistência Hospitalar no HU/UFSC, designada pela Direção Geral da instituição no ano de 2005, delegou aos funcionários que assumiam chefias dos serviços para comporem a referida Comissão. Esta se compôs da seguinte forma: Raquel Kuerten de Salles – Diretora de Apoio Assistencial; Joel de Andrade – Médico da Emergência e Medicina Interna; Ana Cláudia de Moraes – Assistente Social; Beatriz Desirré Lima Beltrão – Chefe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; e Elaine Matos – Diretora da Divisão de Enfermagem em Emergência e Ambulatório (HU, 2005).

- Apresentação do membro indicado pela AAHU;
- Discussão da proposta do regimento interno;
- Discussão do projeto cartão do visitante;
- Discussão da proposta de nível de satisfação dos usuários;
- Capelania do HU;
- Critérios para a execução de novos projetos na área de humanização;
- Pesquisa de satisfação em relação ao trabalho dos voluntários nas clínicas de internação;
- Página da internet – proposta de modelo de texto sobre as ações humanizadas realizadas no HU/UFSC;
- Informes sobre a inauguração da sala de leitura para os usuários do HU/UFSC;
- Humanização da sala de Anatomia Patológica;
- Proposta de melhoria de acesso nas instalações físicas para portadores de necessidades especiais; e
- Visita do presidente e da assistente social da Associação Florianopolitana de Deficientes Físicos (AFLODEF).

Foi possível identificar que as reuniões desta Comissão foram pautadas no levantamento dos projetos já em andamento na instituição que faziam referência à humanização, como: acolhimento na emergência, reformas da cozinha e refeitório e treinamento continuado do serviço de nutrição e dietética. No decorrer do trabalho, a Comissão identificou as seguintes necessidades: socializar com os profissionais da instituição as práticas de caráter humanizado que já eram operacionalizadas, expandir as ações de humanização a outros serviços no HU/UFSC, propor uma pesquisa de satisfação com os usuários e a elaboração de um regimento interno que norteasse as ações a serem desenvolvidas pela CHHU/UFSC. Objetivando a participação dos usuários da instituição e o conhecimento destas práticas, a Comissão convidou para integrá-la um representante da AAHU. A partir deste momento, a AAHU se tornou o principal parceiro e financiador dos projetos que seriam executados na instituição hospitalar.

Ao longo de 2005, a CHHU/UFSC desenvolveu projetos como: cartão de identificação para usuários e visitantes no HU/UFSC, sala de leitura para os usuários hospitalizados, apoio espiritual viabilizado pelos voluntários da AAHU, discussão sobre a ambiência da sala onde os familiares retiram o corpo do familiar que foi a óbito e acordo junto à AAHU para que esta providenciasse novas acomodações a fim de tornar o ambiente mais acolhedor, elaboração de conteúdo referente à humanização para o site do HU/UFSC e o acesso adequado aos cadeirantes no espaço físico da instituição.

No ano de 2006, encontramos doze atas da CHHU/UFSC, que se pautaram em:

- Informes – resultados da pesquisa de satisfação em relação ao trabalho do voluntariado nas clínicas de internação;
- Propostas de trabalho para 2006 (ênfase na situação dos acompanhantes);
- Informes - biblioterapia, sistema de espera do laboratório, cartão visita;
- Discussão sobre alterações nos critérios do acompanhante;
- Informe – relato do encontro HUMANIZASUS;
- Discussão sobre as divisórias nos quartos dos usuários das clínicas de internação;
- Rotinas dos acompanhantes;
- Discussão sobre o encontro interno de humanização;
- Orientações do acompanhante; e
- Pagina da Internet – proposta de modelo de texto sobre as ações humanizadas realizadas no HU/UFSC.

As atas analisadas apontavam como prioridades: um lugar adequado para que os acompanhantes pudessem repousar, o remodelamento do jardim de entrada do ambulatório com um número maior de bancos a fim de acomodar os usuários e demais pessoas que esperam por suas consultas ou transporte, a colocação de biombo para maior privacidade entre os leitos e a execução de uma pesquisa por meio de um questionário com o intuito de conhecer a opinião dos usuários e profissionais em relação ao apoio espiritual realizado pelos voluntários da AAHU. As questões pontuadas anteriormente apresentaram-se como pautas das reuniões. Entretanto, no decorrer destas, outras demandas surgiram, como por exemplo: a situação dos acompanhantes, suas acomodações e o número elevado de refeições que o hospital fornecia a estes.

Na ata da CHHU/UFSC referente ao dia 22 de março do ano de 2006, consta que a reunião teve como pauta a solicitação feita pelo médico cirurgião-geral Dr. Wilmar de Athayde Gerent que os acompanhantes permanecessem fora dos quartos no período matutino para facilitar a passagem dos médicos nos leitos e a realização dos demais procedimentos efetuados nesse período. Esta ideia foi repudiada pela assistente social Maria Aparecida Ferreira Fagundes, que participou apenas desta reunião da CHHU/UFSC, afirmando que “neste período, o acompanhante pode questionar os profissionais em relação à terapêutica realizada com o paciente”. O documento em questão não relatou exatamente o posicionamento dos demais membros da Comissão, mas indica certa conivência com a solicitação. Todavia, esta questão retornou às pautas de reunião por sucessivas vezes nos anos seguintes. Quanto à questão de acomodação para os acompanhantes a casa de apoio surgiu

como uma das propostas, mas foi compreendida como algo a ser feito a longo prazo. Outro questionamento levantado foi a alimentação para os acompanhantes. Os profissionais responsáveis pelo serviço de nutrição e dietética relataram que o número de refeições oferecidas pelo HU/UFSC estava aumentando, de modo que houve uma solicitação da direção da instituição no sentido de diminuir esse serviço. A CHHU/UFSC, na reunião realizada no dia 22 de março de 2006, solicitou que fossem feitos contatos com outras instituições a fim de adequar o serviço prestado no HU/UFSC aos demais. Na reunião do dia 7 de junho de 2006, foi apresentado o resultado das visitas realizadas em outras instituições, constando na ata desta reunião: “também enfrentam dificuldades com as refeições, já que a demanda é grande e muitas têm casa de apoio ou casas mantidas por políticos”.

A ata da CHHU/UFSC, no dia 10 de maio de 2006, ressaltou, no âmbito da Comissão, a importância de embasar teoricamente os profissionais do HU/UFSC em relação à PNH. Portanto, foi proposta a realização de um seminário para discutir a questão dos acompanhantes e os fundamentos da PNH. Novas propostas de intervenção surgiram, tais como: um manual para o acompanhante, designando suas *funções* e direitos; a proposta de uma ouvidoria na instituição; e o estabelecimento de uma parceria com a AFLODEF, objetivando a reestruturação dos acessos na instituição.

Relativo ao ano de 2007, acessamos oito atas da CHHU/UFSC, as quais apresentaram as seguintes pautas:

- Proposta de urbanização da entrada do HU;
- Proposta do grupo Imagemagica - cronograma;
- Planejamento das atividades para 2007;
- Projeto de reforma da portaria de visitas;
- Parceria com o programa de liberdade Assistida - Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF);
- Implementação do projeto da emergência;
- Reforma da portaria de visitas;
- Implantação do projeto de televisores nos quartos; e
- Alternativas para humanizar a marcação dos retornos;

As metas elencadas pelo grupo que se destacaram nas discussões foram: a urbanização da entrada do HU/UFSC, a revitalização do lago, a construção de muros em volta da instituição, a reforma da entrada de visitas e a realização de projetos lúdicos operacionalizados por voluntários. As atas da Comissão relativas às datas 28 de maio e 16 de agosto de 2007 versaram sobre a adesão do acolhimento com classificação de risco na

emergência, onde, em reunião, os participantes da Comissão ressaltaram a importância da capacitação para executar o serviço. O grupo se dispôs também a traçar normas para evitar a entrada irregular de alimentos no hospital, já que a ocorrência desta prática dificultava o êxito dos projetos terapêuticos. Foi observado, na época, que acompanhantes e mesmo usuários hospitalizados deixavam a instituição para comprar alimentos que não faziam parte de sua dieta, por ser permitido que acompanhantes e usuários entrassem e saíssem das dependências do HU/UFSC com bolsas e outros pertences.

Durante as reuniões, o grupo trouxe várias questões que impediam a execução dos projetos, tais como o número insuficiente de profissionais para que se implementasse, com qualidade, o serviço de atendimento com classificação de risco na emergência e as filas decorrentes da demora nos atendimentos. Neste mesmo ano, foi aprovada a revitalização da portaria de visitas.

As atividades da CHHU/UFSC no ano de 2008 iniciaram sob a gestão da Diretora Geral do HU/UFSC Marisa Helena César Coral¹¹. Foram encontradas sete atas relativas ao ano de 2008, com as seguintes pautas:

- Eleições para CHHU/UFSC;
- Reforma da portaria de visitas;
- Projeto de instalação de televisores nas unidades de internação;
- Retrospectiva das atividades da CHHU/UFSC – relato da Profa. Raquel Kuerten de Salles;
- Apresentação dos novos membros da CHHU/UFSC;
- Discussão dos projetos em andamento na instituição;
- Entrega da portaria para os novos membros da Comissão;
- Direitos do acompanhante – assistente social Maria Aparecida Ferreira Fagundes;
- Aquisição de televisores e relógios de parede para os pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HU/UFSC;
- Revisão e atualização das ações humanizadas do HU/UFSC;
- Fornecimento de pão para os servidores da enfermagem;
- Apresentação da PNH, suas diretrizes e marcas – conteúdo focado no trabalho de dissertação de mestrado de Greici Weninzierl e coleta de dados junto aos membros da Comissão;

¹¹ A nova gestão, sob o comando da Diretora Geral Marisa Helena César Coral instituiu uma nova Comissão de Humanização no HU/UFSC no ano de 2008, da qual faziam parte: Maria de Lourdes Rovaris – Diretora de Apoio Assistencial; Joel de Andrade – Médico; Zulmira Miotello Cipriano – Chefe do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar; Hercilene Higino da Silva – Chefe da Seção de Capacitação Técnica; Maria Aparecida Ferreira Fagundes – Assistente Social; Sandra Elisa Sell – Chefe do Serviço de Enfermagem da Clínica Obstétrica; Alessandra Erdmann – Chefe do Serviço de Nutrição e Dietética; e Greice Weinzierl – Representante da AAHU (HU, 2008).

- Resposta ao memorando 007/PRAE/2008, solicitando informações sobre programas especiais voltados aos alunos portadores de deficiência no HU; e
- Mudança nos horários de visitas.

Esta gestão propôs a instalação de aparelhos televisores para uso dos usuários nos quartos de internação hospitalar, sendo estes patrocinados pela AAHU. Foram retomadas algumas questões abordadas nos anos anteriores que permaneciam pendentes, tais como: a demora na marcação de consultas, a reforma da entrada do ambulatório do HU/UFSC, a importância da ouvidoria na instituição, a proposta de retirar os acompanhantes dos quartos durante as visitas médicas vocalizada pelo Dr. Wilmar de Athayde Gerent e a mudança nos horários de troca de acompanhantes e visitantes.

Segundo consta nas atas da CHHU/UFSC das datas de 14 de outubro e 16 de dezembro de 2008, houve momentos em que o grupo retomou a discussão sobre a legislação concernente à permanência dos acompanhantes no ambiente hospitalar. Ocorreu, neste mesmo ano, o treinamento no atendimento à mulher em situação de abortamento e o treinamento do Método Mãe Canguru, onde a CHHU/UFSC auxiliou nos contatos com a equipe da PNH responsável pelos treinamentos. Ao avaliar as ações realizadas, o grupo verificou a necessidade de realizar um planejamento estratégico para dar continuidade aos trabalhos, aliados às visitas a outras instituições de saúde a fim de conhecer novas propostas de humanização.

Nos arquivos a que tivemos acesso, não foram encontrados documentos do ano de 2009 referentes às atividades da Comissão. Entretanto, encontramos apenas um convite de reunião datado de 4 de junho de 2009, com a seguinte pauta:

- Cumprimento da carta dos direitos dos usuários da saúde, no que se refere ao terceiro princípio – assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e a uma relação mais pessoal e saudável – nome social;
- Divulgação das ações humanizadas no HU;
- Atualização das orientações para acompanhantes; e
- Projeto de urbanização da área externa do HU.

Em julho de 2010, assumiu uma nova gestão hospitalar sob o comando do Diretor Dr. Felipe Felício, o qual designou uma nova Comissão de Humanização¹². Analisamos onze atas referentes a este período, sendo as principais pautas:

¹² A nova gestão hospitalar, sob o comando do Diretor Geral Dr. Felipe Felício, instituiu um novo grupo responsável pelas atividades de cunho humanizado no HU/UFSC. O grupo passou a ser reconhecido como Grupo de Trabalho de Humanização (GTH/HU/UFSC), conforme orientado pela PNH. O GTH passou a ser

- Retrospectiva das atividades da CHHU/UFSC - relato da professora Maria de Lourdes Rovaris;
- Apresentação de novos membros;
- Plano de ação do GTH/HU/UFSC;
- Ouvidoria do HU – presença do ouvidor da UFSC Sr. Arnaldo Podestá Júnior;
- Regimento interno;
- Proposta de plano de ação do GTH/HU/UFSC;
- Cadastro dos projetos e ações de humanização do HU;
- Aprovação do regimento interno do GTH/HU/UFSC;
- Eleição do subcoordenador e secretário do GTH/HU/UFSC;
- Atualização das informações do GTH/HU/UFSC na homepage do HU;
- Organização das atividades para a visita da representante da PNH;
- Ações humanizadoras – presença de Rode Dilda Machado;
- Reflexões sobre as contribuições de Patrícia Campos, representante da PNH da Região Sul;
- Ações humanizadoras, discussão sobre a visita ampliada;
- Documento sobre a visita ampliada;
- Ações para divulgação do GTH/HU/UFSC;
- Cronograma de reuniões para 2011;
- Avaliação das atividades do GTH/HU/UFSC em 2010;
- Área interna para pacientes internados;
- Documento de apoio ao acolhimento com classificação de risco na emergência; e
- Avaliação das atividades de 2011 e atividades para 2012.

Sob a coordenação desta gestão, observamos o interesse em adequar as ações de humanização realizadas até então na instituição às indicações da PNH, pois foi realizado contato com a consultora da PNH e responsável pela Região Sul, Patrícia Campos, vinculada ao MS, que fez uma visita à instituição com a intenção de instrumentalizar as ações que seriam realizadas pela CHHU/UFSC.

Neste ano, foi discutida a efetivação de uma ouvidoria dentro do HU/UFSC, com o objetivo de fornecer aos usuários e funcionários um ambiente adequado para a expressão de

constituído pelos seguintes profissionais: Mara Sérgia Pacheco Honório Coelho – Nutrição; Maria de Lourdes Rovaris – Diretora de Apoio Assistencial; Claudete Marcon – Chefe do Serviço de Psicologia; Maria Aparecida Ferreira Fagundes – Chefe do Serviço Social; Alessandra Erdmann – Chefe do Serviço de Nutrição e Dietética; Maria do Carmo Bastos – Seção de Capacitação; Marilza Nair dos Santos Moriggi – Chefe da Seção de Transporte; Sandra Elisa Sell – Enfermeira; Taise Costa Ribeiro Klein – Chefe do Serviço de Enfermagem da UTI; Juliana Krum – Enfermeira; Joanita Ângela Gonzaga Del Moral – Chefe do Serviço de Hematologia; e Pedro Camacho dos Santos – Presidente da Associação Amigos do HU (HU, 2010).

reclamações e sugestões sobre os serviços prestados. A Comissão convidou um ouvidor da UFSC para participar de uma das reuniões. Este relatou quais os procedimentos necessários para a efetivação da ouvidoria e enfatizou que a instituição era, no momento, o único HU no país a não ter uma ouvidoria em funcionamento. Foi proposto, então, um regimento interno e um plano de atividades para o grupo, que passou a se intitular GTH/HU/UFSC¹³, conforme orienta a PNH.

A ampliação do horário de visitas foi outro ponto discutido durante o ano de 2010, bem como a necessidade do HU/UFSC contar com uma área interna para que os usuários pudessem utilizar com seus acompanhantes, evitando que ficassem expostos e sem acomodação nas dependências externas do Hospital.

Referentes ao ano de 2011, analisamos quatorze atas. A CHHU/UFSC, neste período, traçou eixos de atuação, tais como: a visita ampliada, a efetivação da ouvidoria na instituição e a construção e/ou reforma de uma área interna na instituição para a utilização dos usuários de forma segura. A CHHU/UFSC solicitou, junto à direção, a ampliação dos horários destinados à visita ampliada, sendo esta autorizada pela direção da instituição. Porém, o Diretor do HU sugeriu que as visitas ocorressem entre 12h e 21h, apesar de as chefias de enfermagem julgarem importante que acontecessem entre as 11h e 21h, permitindo que os familiares pudessem estar presentes durante a visita médica. Foi sugerida também uma reforma do jardim da capela, de forma a proporcionar mais conforto para os usuários receberem seus familiares, além de utilizarem o espaço para fumar, já que muitos saem do hospital para isso, assim evitando que os usuários saiam da instituição por outros motivos. A AAHU se disponibilizou a viabilizar o projeto de reforma para que os custos da obra fossem reduzidos. Entretanto, foram feitas várias reuniões e a reforma não ocorreu até dezembro de 2012.

Em 2012, a CHHU/UFSC realizou apenas quatro reuniões: duas no mês de março, uma no mês de abril e uma no mês de maio, as quais tivemos acesso às atas. Estas reuniões tiveram como pautas os seguintes temas:

- Área para pacientes internados;
- Emergência com classificação de risco;
- Horário de consultas no ambulatório;
- Integração na Rede QualiSUS;

¹³ Apesar da adequação na nomenclatura de Comissão de Humanização para Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), institucionalmente não houve esse reconhecimento, sendo até dezembro de 2012 reconhecido pelos profissionais como Comissão de Humanização, portanto, neste trabalho, utilizaremos a nomenclatura Comissão de Humanização.

- Pesquisa de satisfação do cliente;
- Cadeiras travadas;
- Alojamento adequado para pacientes transplantados no HU/UFSC;
- Casa de apoio a transplantados; e
- Situação dos acompanhantes de pacientes internados.

A partir de 2011, a CHHU/UFSC articulou junto à Diretoria de Apoio Assistencial (DAA/HU) a construção de um espaço de estar seguro para pacientes internados no HU/UFSC. Porém, este planejamento foi postergado para 2012, sendo realizado o projeto de reforma do jardim da capela existente no HU. Outro tema discutido em 2012 foi a classificação de risco na emergência, sobre a qual a ata do dia 5 de março de 2012 expressou a importância de se realizar o convite para as chefias de medicina e enfermagem participarem das reuniões da CHHU/UFSC, a fim de viabilizar uma capacitação junto ao setor pertinente. Outro tema pendente em relação a 2011 foi a dificuldade em relação aos horários de consultas no ambulatório, sendo este também retomado no dia 5 de março de 2012, quando o grupo entrou em um consenso de buscar encaminhamentos para a situação.

Em 2012, a integração na Rede QualiSUS chegou ao grupo através de Patrícia Campos, a representante da PNH na Região Sul, com o intuito de aprofundar as diretrizes da PNH. A pesquisa de satisfação do *cliente* foi adiada para o segundo semestre de 2012. Outra questão que gerou polêmica foram as cadeiras da Clínica Médica II, que atende pacientes onco-hematológicos, as quais foram travadas, impedindo que os acompanhantes as reclinassem durante a noite, o que motivou constantes reclamações por parte destes. A equipe adotou esta prática pela alegação de que, sendo o espaço físico reduzido, ao reclinar as cadeiras no período da noite, os acompanhantes acabam danificando as paredes. A CHHU/UFSC tomou conhecimento do ocorrido através da psicóloga Claudete Marcon, que atua na unidade de internação. A Comissão realizou uma visita ao local para verificar a situação, onde encontrou “algumas cadeiras em péssimo estado de conservação e que da maneira que foram confeccionadas realmente estragam muito a parede sendo no momento um problema sem solução”. (ata GTH/HU/UFSC, nº66, 2012). Como o dano às paredes pode liberar poeira sintética e outros detritos no ambiente, o grupo salientou a importância de uma avaliação conjunta com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), já que o estado de imunossupressão desses pacientes os torna muito suscetíveis a processos infecciosos oportunistas. Na tentativa de encontrar alguma solução para o problema, a assistente social Maria Aparecida Ferreira Fagundes realizou uma visita ao Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), para conhecer as acomodações lá existentes. A mesma propôs à

Comissão um projeto piloto que reproduziria as acomodações vistas no HIJG, a ser realizado com os pacientes da onco-hematologia. Entretanto, este projeto não foi efetuado. Até dezembro de 2012, os acompanhantes continuam em acomodações inadequadas para sua permanência junto aos usuários em tratamento.

Outra questão importante que surgiu neste período foi o alojamento para pacientes transplantados no HU/UFSC.

“o HU/UFSC iniciou o transplante de fígado em 2011 e devido a complexidade do tratamento, o paciente transplantado e seu familiar, que não residem em Florianópolis necessitam permanecer morando na cidade por um período mínimo de três meses após a cirurgia. Esta medida é essencial para o sucesso do transplante, uma vez que as consultas médicas e com outros profissionais da equipe multiprofissional devem ser realizadas com muita frequência nos primeiros meses após o transplante.” (Memorando GTH/HU/UFSC, nº01, 2012)

A alternativa encontrada foi solicitar apoio à Congregação Irmãos Maristas, próxima ao HU/UFSC. Porém, como as instalações para o acolhimento destes usuários necessitam de certas especificidades, tornou-se inviável a permanência destes na referida Congregação.

A apreciação geral dos temas em pauta nas reuniões da CHHU/UFSC possibilitou inferir que os temas mais recorrentes foram: a permanência do acompanhante no HU/UFSC; as dificuldades encontradas para a realização adequada do acolhimento com classificação de risco na emergência; a elaboração do conteúdo referente às ações humanizadas e sua inclusão na homepage do HU/UFSC; as propostas de reforma do espaço institucional; as dificuldades enfrentadas com a marcação e retorno de consultas; a adequação dos horários de visitas; e a criação da ouvidoria na instituição. Entretanto, os avanços foram poucos. A emergência continua enfrentando sérios problemas para a efetivação do acolhimento com classificação de risco. As informações na homepage do HU/UFSC em relação às ações humanizadas estão bastante desatualizadas. As acomodações para os usuários e seus acompanhantes são bastante precárias e não foi construída uma casa de apoio que possa receber os usuários e seus acompanhantes. Não foi criada a ouvidoria no HU/UFSC e a marcação de consultas e retornos continua enfrentando dificuldades. As reformas que ocorreram, como da portaria de visitas e ambulatório, deixam muito a desejar em matéria de conforto para os usuários. Além disso, não foi construída a área interna para permanência segura dos usuários e acompanhantes. Os aparelhos televisores nas unidades de internação, fornecidos pela AAHU, estão velhos e muitos não funcionam adequadamente. Ainda é recorrente a entrada no hospital de alimentos que não constam na dieta dos usuários internados, os quais são trazidos por acompanhantes e pelos próprios usuários.

A partir da pesquisa documental e do que foi observado no cotidiano institucional através da experiência de estágio, verificamos que o HU/UFSC viabiliza recursos mínimos para a permanência dos acompanhantes na instituição. Na Clínica Médica II, as poltronas dos acompanhantes permanecem parafusadas, impossibilitando que os mesmos possam dormir em posição confortável, situação que ocorre apenas nesta unidade de internação. Todos os acompanhantes da instituição utilizam o mesmo banheiro para sua higiene pessoal, o que implica em maior risco de infecção para os usuários internados. Este último assunto não entrou em pauta nas reuniões da CHHU/UFSC nenhuma vez durante o período analisado nesta pesquisa.

Desde o ano de 2005, vem sendo discutida a construção de uma casa de apoio para acompanhantes de pacientes que residem no interior do estado e, até dezembro de 2012, nenhuma ação concreta aconteceu. Em muitos casos, a internação poderia ser evitada. Muitas vezes, o paciente não apresenta necessidade clínica de internação hospitalar, mas, como o HU/UFSC não dispõe de uma casa de apoio, não há outra alternativa senão permanecer internado. O hospital depende da disponibilidade de casa de apoio de outras instituições hospitalares para viabilizar a permanência de seus usuários em suas dependências, o que nem sempre é possível, situação que obriga o HU/UFSC a recorrer a uma voluntária para acolher estas pessoas em sua residência pessoal.

Identificamos que a maioria das ações de caráter humanizado foi patrocinada financeiramente e operacionalizada pela AAHU, através do voluntariado, as quais podemos citar: compra de televisores, divisórias entre os leitos para proporcionar mais privacidade para os usuários, pijamas para os usuários internados, produtos de higiene pessoal, colchões, poltronas para os acompanhantes, sala de leitura, apoio espiritual e ambiência adequada na sala destinada à retirada do corpo do usuário que foi a óbito. Isto indica o distanciamento do Estado em relação às questões sociais e o desfinanciamento da saúde.

O HU/UFSC continua sem uma área de lazer interna segura onde os usuários possam receber seus acompanhantes e/ou familiares, tomar um banho de sol, fumar, entre outras atividades. Por falta deste espaço, os usuários deixam as dependências do hospital para realizar as atividades citadas. Isso põe estes usuários em risco e responsabiliza a instituição, caso algum problema aconteça. Existem na instituição, locais e cadeiras que são insuficientes ou inadequadas para que os usuários possam aguardar por suas consultas e/ou pelo transporte de alta hospitalar. Permanecem aglomerados no corredor, em acomodações inadequadas e expostos a todos que transitam pelos corredores. Não existe um fraldário para que as mães possam utilizar e a instituição é pouco adaptada para deficientes físicos, visuais ou obesos. Os

elevadores têm a função de transportar, no mesmo espaço, usuários, acompanhantes, profissionais, alimentação para os usuários internados, roupas sujas, material de limpeza e corpos de pessoas que foram a óbito.

Em relação à CHHU/UFSC, observamos que, pelo fato de os profissionais integrantes do grupo estarem envolvidos com outros compromissos em seus respectivos setores, o absenteísmo durante as reuniões foi frequente. Isto, a nosso ver, fez com que algumas das ações propostas não fossem efetivadas de maneira rápida e fossem postergadas para os anos seguintes. Este conjunto de ações e propostas indicadas ao longo destes anos pela Comissão apresenta pautas importantes para o acolhimento e bem-estar dos usuários e mesmo para os trabalhadores do HU/UFSC, ajudando, por exemplo, a organizar o fluxo dos acompanhantes na instituição, graças ao cartão de acompanhante e à redefinição dos horários de visita. No entanto, o trabalho da CHHU/UFSC não parece ter feito qualquer ação que envolvesse diretamente mudanças na rotina dos profissionais, nos protocolos de atendimento, na marcação de consultas e na redefinição dos serviços oferecidos a partir do levantamento de necessidades. A CHHU/UFSC se posicionou de forma tímida em suas propostas de intervenção, demonstrando pouco conhecimento do PNHAH e da PNH. Não discutiu a política de saúde de forma ampliada, tampouco os problemas institucionais e/ou os problemas enfrentados pela sociedade em geral, concernentes à precarização na área da saúde e do setor público.

Como já abordamos neste trabalho, a PNH (BRASIL, 2004 e 2008) pressupõe: redução de filas e do tempo de espera, atendimento acolhedor e resolutivo baseado em critérios de risco, direitos do usuário a informações sobre seu tratamento e ao acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha), gestão participativa aos trabalhadores e usuários, ouvidoria para escuta da população e dos trabalhadores, equipe multiprofissional, sistema de referência e contrarreferência e educação permanente para os profissionais. Todavia, esses aspectos parecem correr à revelia da CHHU/UFSC. Mesmo sendo problematizada, a falta destes não foi solucionada. O engajamento dos profissionais com as questões relacionadas à humanização na instituição é frágil, sem que haja cogestão e/ou corresponsabilidade entre os profissionais. Além de reduzido, esse envolvimento parte apenas dos próprios participantes da Comissão. Muitos dos profissionais entrevistados relataram desconhecer a existência da CHHU/UFSC. Isso faz com que a humanização nas práticas de assistência à saúde seja feita com base no senso comum, implicando em diferentes estratégias que, muitas vezes, não alcançam a mesma finalidade.

2.2. O cotidiano dos trabalhadores do serviço de onco-hematologia e a vivência da Política Nacional de Humanização

O período de estágio no Serviço Social do HU/UFSC possibilitou compartilhar o cotidiano dos profissionais responsáveis pelo serviço de onco-hematologia e os atendimentos realizados pela equipe multiprofissional. Houve situações em que a equipe desempenhou atendimentos humanizados, como: autorização aos familiares para permanecer além dos horários de visita ou a presença de mais de um acompanhante quando o usuário atendido estava em situação grave; a análise de cada caso de forma individual pela equipe médica, ressaltando as particularidades dos usuários frente aos protocolos farmacológicos, priorizando a qualidade de vida e o bem estar dos usuários; as reuniões multiprofissionais com o intuito de discutir cada caso; a adequação nutricional, considerando as reais possibilidades dos usuários frente ao tratamento quimioterápico; e as orientações socioassistenciais em defesa do acesso aos direitos sociais desses usuários, entre outras ações. Todavia, foram observadas também situações incompatíveis com os conceitos apresentados neste trabalho em relação à humanização, tais como: a equipe se acomodava diante das condições precárias de permanência dos acompanhantes na unidade de internação; as cadeiras parafusadas dificultavam a permanência do acompanhante; a grande quantidade de alunos que examinavam o mesmo usuário repetidas vezes, sem lhe explicar a razão de tal procedimento; a valorização do acompanhante apenas quando o usuário estava em um estado clínico que necessitava de acompanhamento frequente, não sendo possível a realização deste por uma pessoa da equipe técnica, podendo o acompanhante auxiliar nesta tarefa; o acompanhante quando muito solicitante era visto como alguém que “atrapalhava a assistência ao usuário”; algumas crenças religiosas e costumes causavam situações de estranheza na equipe; os usuários com boas condições financeiras, por vezes, não eram compreendidos como detentores de direitos sociais viabilizados pelo SUS; a super-valorização dos problemas do usuário, em detrimento do reconhecimento de suas potencialidades e possibilidades; e a dificuldade enfrentada pela equipe em lidar com a morte dos usuários, entre outras situações.

Estas expressões que emergiam do cotidiano do serviço de onco-hematologia do HU/UFSC nos instigaram a conhecer de forma mais abrangente a particularidade da PNH neste serviço. De modo que, através da pesquisa empírica junto aos profissionais deste serviço, buscamos compreender como, no cotidiano profissional, estes vivenciam a PNH. Observamos que as ações de caráter humanizado eram fundamentadas no senso comum, no bom senso de cada profissional. Apesar de existir a CHHU/UFSC na instituição, pouco se

comentava sobre este tema entre os profissionais, apenas na ocorrência de alguma situação específica, que trazia à tona a discussão em relação à humanização.

2.2.1. O perfil dos entrevistados

Esta parte da pesquisa foi realizada junto à equipe multiprofissional que atua na unidade de internação - Clínica Médica II, especificamente no serviço de onco-hematologia do HU/UFSC. A tabela 1 ilustra o perfil dos profissionais participantes.

Tabela 1 – Perfil dos entrevistados sobre a vivência da PNH no HU/UFSC em 2012*

Profissão	S e x o	Tempo de trabalho na área da saúde (anos)	Tempo de trabalho no HU/UFSC (anos)	Carga horária semanal (horas)	Tipo de contrato	Leu a PNH?	Leu o PNHAH?	Participa da CHHU?
Assistente Social	F	15	10	30	E	S	S	S
Enfermeira	F	6	6	36	E	N	N	N
Farmacêutico	M	10	4	30	E	N	N	N
Médica / Professora	F	21	17	40 / 20	E	N	N	N
Psicóloga	F	18	18	30	E	S	S	S
Nutricionista	F	30	25	30	E	S	N	N
Enfermeira	F	13	11	30	E	S	N	N
Médico	M	10	2	20	E	N	N	N
Técnica em Enfermagem	F	13	10	30	E	S	N	N
Técnico em Enfermagem	M	7	0.8	30	E	S	S	N
Presidente da AAHU	M	-	-	-	-	N	N	N (ex- participante)
Serviços Gerais	F	-	0.25	56	T	N	N	N

* HU = Hospital Universitário; UFSC = Universidade Federal de Santa Catarina; PNH = Política Nacional de Humanização; PNHAH = Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar; CHHU = Comissão de Humanização no HU; AAHU = Associação Amigos do HU; F = feminino; M = masculino; E = estatutário; T = terceirizado; S = sim; N = não.

FONTE: Entrevistas com os profissionais. Elaboração da autora, 2012.

A amostra foi composta por: onze profissionais, sendo um assistente social, um psicólogo, um farmacêutico, um nutricionista, dois enfermeiros, dois médicos hematologistas, dois técnicos em enfermagem e um profissional de serviços gerais, que atuam junto aos pacientes atendidos pelo serviço de onco-hematologia; e um representante da AAHU, atuante na instituição e ex-participante da CHHU/UFSC.

Analisando os itens da tabela, é possível constatar que oito (66,6%) dos entrevistados são do sexo feminino e quatro (33,3%), do sexo masculino. A média de tempo de trabalho na área da saúde entre os entrevistados é de, aproximadamente, doze anos e a média de tempo de serviço no HU/UFSC é de, aproximadamente, nove anos e meio. Analisando o nível de escolaridade dos profissionais entrevistados, verifica-se que nove (75%) são de nível superior, dois (16,6%) são de nível médio e um (8,3%), de nível fundamental. Os profissionais de nível superior e médio são concursados e vinculados à instituição em regime de contrato estatutário, já o profissional de nível fundamental é terceirizado. Os profissionais com contrato estatutário trabalham, em média, trinta horas semanais, exceto um profissional médico que trabalha vinte horas semanais como professor. Concernente à leitura dos documentos, três (25%) já realizaram a leitura do texto referente ao PNHAH e nove (75%) não tiveram contato com o mesmo. Percebe-se que a maioria dos profissionais não teve contato com este material, o que condiciona a uma prática de humanização norteadas pelo senso comum e valores éticos individuais. Referente à PNH, seis (50%) afirmaram ter realizado a leitura e seis (50%) afirmaram desconhecer a mesma. A pesquisa revelou que dez (83,3%) profissionais não participam da CHHU/UFSC e apenas dois (16,7%) estão engajados nestas atividades. Isto revela que grande parte dos profissionais da instituição não está envolvida diretamente com as questões discutidas no âmbito da CHHU/UFSC.

A unidade de enfermagem onde é operacionalizado o serviço de onco-hematologia do HU/UFSC é composta por cinco quartos privativos, quatro quartos com dois leitos cada e três quartos com quatro leitos cada, totalizando vinte e cinco leitos em doze quartos utilizados também pelos serviços de algumas outras especialidades médicas, comportando usuários e seus acompanhantes. O serviço de onco-hematologia, em caráter de internação hospitalar, tem disponível sete quartos, ocupando nove leitos, dos quais cinco são privativos, possibilitando o isolamento dos usuários; e ocupa dois quartos com dois leitos cada, além de prestar atendimentos de caráter ambulatorial. Nesta unidade de internação, são realizados atendimentos das especialidades de: neurologia, cardiologia, clínica médica, endocrinologia, e onco-hematologia; e os serviços não-médicos, como atendimento da equipe de psicologia, nutrição, serviço social, farmácia e enfermagem.

2.2.2. Humanização: a compreensão dos profissionais

Como já salientamos, o debate em relação à humanização não é algo recente no âmbito do SUS. Entretanto, não há um conceito delimitado, uma única interpretação a seu respeito. Indagamos aos profissionais qual a sua compreensão em relação à humanização nas práticas de saúde. A partir deste questionamento, foi possível fazer uma síntese do que foi ressaltado como dificuldades para o atendimento humanizado, considerando as condições de trabalho. Os relatos dos entrevistados versaram sobre: as dificuldades que surgem na operacionalização da assistência na Clínica Médica II, local em que são atendidas várias patologias clínicas; a elevada carga horária e demanda de trabalho para os técnicos e auxiliares de enfermagem; o espaço físico reduzido para as acomodações dos usuários e dos acompanhantes; as acomodações precárias e espaço de higiene para os acompanhantes; o espaço físico insuficiente, já que faltam armários para acomodar os pertences dos profissionais, acompanhantes e usuários, salas para o planejamento e registro das atividades, realização de atendimentos individuais ou mesmo para trabalhos em grupo; e a truncada comunicação entre os diferentes setores do HU/UFSC.

A humanização é interpretada por um viés de integralidade quando os profissionais afirmam:

“Para mim, a humanização está inerente ao contato do ser humano. Eu entendo a humanização nas práticas de saúde como o cuidado, uma atenção em saúde ao usuário que implique o respeito aos seus direitos, como indivíduo, indivíduo em situação de doença. Então, compreende mais que garantir a ambiência, que é importante, mas vai além, você mudar ou qualificar, melhorar a qualidade das relações interpessoais. Que envolve todos os profissionais, do pessoal da limpeza até o médico. Que possa ter o respeito à pessoa, à individualidade, o respeito à cultura, à religiosidade do outro. São todas as ações que primam, que vão ao encontro de respeitar a pessoa doente como um indivíduo, como único, com sua história, e que ela possa ser entendida pelo contexto social em que ela está inserida. O adoecimento, a hospitalização não tragam outras consequências negativas, em função de limitações no atendimento e no tratamento que ela recebe.” (Entrevistado E)

“Atender às necessidades de cada pessoa, não ser tão restrito a rotinas, a normas rígidas, tentar atender a pessoa de uma forma integralizada, que realmente atenda às necessidades de cada um e as necessidades não vão ser iguais para todos. Cada um vai ter necessidade não só físicas, o que a gente mais vê aqui dentro, mas espirituais, psicológicas e sociais. Eu acho que procurar acolher a pessoa e tentar ver todas essas necessidades em conjunto faria com que a humanização fosse mais efetiva.” (Entrevistado B)

É necessário consolidar, entre os profissionais e usuários, o conceito que a atenção hospitalar humanizada não consiste na ideia de se tratar a doença, mas o usuário.

“[...] considero que humanizar é tratar o paciente com dignidade, que ele tenha acesso às informações sobre o que está acontecendo, que ele possa nesse

atendimento se ver quanto pessoa que ele é e não como alguém diferente que entrou dentro de um hospital. Então acho que é: dignidade, respeito, acesso a todas as formas de tratamento possíveis para que ele tenha a sua recuperação.” (Entrevistado F)

“[...] eu vejo a humanização como a combinação do maior grau possível de critérios técnicos, de necessidades técnicas no ambiente em que a pessoa se encontra, aliado ao máximo de bem-estar, que ela possa ter o máximo de conforto, a comunicação com a equipe, a presença de familiares, etc.” (Entrevistado H)

A humanização é correlacionada à referência e aos vínculos dos usuários com sua comunidade e os serviços locais.

“Eu acho que ver o paciente com integralidade, não só durante a internação dele mas tem que ter consciência de que você vai ter que inserir essa pessoa de volta na comunidade e orientar sobre os possíveis encaminhamentos, as probabilidades de se encontrar um atendimento lá fora ou de resgatar alguma coisa que essa pessoa precise, seja na sociedade, na família ou no lado profissional.” (Entrevistado I)

A não observância dos princípios do SUS, especialmente a descentralização e a regionalização, são compreendidos como desumanização. Quando a fala do profissional expressa:

“O paciente tem que ter a resolução dos seus problemas aonde ele for. Esse paciente fica pra lá e pra cá e muitas vezes não tem o seu problema resolvido. Eu acho que isso é uma coisa que desumaniza muito o cuidado. Por que ele fica a mercê de um sistema que é muito burocrático.” (Entrevistado G)

A procura do usuário ao nível básico de atenção à saúde, sem que tenha sua demanda sanada ou diagnóstico esclarecido, as fragilidades das práticas de prevenção e promoção da saúde, a educação permanente dos trabalhadores bastante deficitária, as expressões neoliberais que atingem a área da saúde no seu desfinanciamento e subcontratações são fatores que contribuem para que o usuário não seja atendido de imediato e não se invista na prevenção dos possíveis fatores de risco. Estes elementos contribuem, negativamente, no processo saúde/doença dos assistidos pelo sistema público de saúde.

A PNH (2008, p. 62 e 63), interpreta a integralidade como:

“Um dos princípios constitucionais do SUS garante ao cidadão o direito de acesso a todas as esferas de atenção em saúde, contemplando, desde ações assistenciais, até atividades inseridas nos âmbitos da prevenção de doenças e de promoção da saúde. Prevê-se, portanto, a cobertura de serviços em diferentes eixos, o que requer a constituição de uma rede de serviços (integração de ações), capaz de viabilizar uma atenção integral. Por outro lado, cabe ressaltar que por integralidade também se deve compreender a proposta de abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.”

É importante ressaltar que o usuário não se resume a uma doença, ele deve ser entendido em suas múltiplas necessidades, seja em relação à saúde física, psicológica, social ou espiritual. É possível constatar que um fator que tem contribuído para a desumanização das relações no campo da saúde é a fragmentação do sujeito. Analisado em “partes”, o usuário não é visto de forma ampla e não se realiza uma análise dos determinantes sociais que contribuem para o surgimento do binômio saúde/doença.

A interpretação dos profissionais entrevistados, em relação à humanização, pode ser resumida como: cuidado, respeito aos direitos dos usuários, práticas que envolvem todos os profissionais, respeito à pessoa doente, adoecimento e hospitalização não devem trazer consequências negativas em função das limitações no atendimento disponibilizado, atendimento à pessoa de forma integral, não se ater a rotinas de forma rígida, usuário deve ser atendido com dignidade, que o usuário tenha informações sobre o tratamento, acesso a todas as formas possíveis de tratamento e a presença do acompanhante.

As diferentes interpretações do termo *humanização* fazem com que a PNH seja pautada em qualidades como afetividade e bondade. Entretanto, é necessária uma análise mais profunda da sociedade e do homem para que possamos compreender que a humanização é *operacionalizada* por indivíduos e que, durante este processo, refletem diferentes modos de interpretar a realidade social e preferências político-ideológicas, e desempenham ações que expressam o sistema de ensino a que tiveram acesso, entre outros elementos. A investida avassaladora do neoliberalismo tem atingido a área da saúde em vários aspectos, fazendo com que os serviços prestados deixem a desejar. Todavia, o PNHAH e a PNH não discutiram os elementos problemáticos que surgem no cotidiano das instituições de saúde espalhadas pelo país, tais como: financiamento insuficiente, número de profissionais aquém do necessário, inexistência de um plano de carreira, cargos e salários para os funcionários do SUS, estruturas inadequadas para o atendimento acolhedor e resolutivo, entre outros aspectos. A ausência destes elementos e a não observância do SUS, conforme descrito no texto constitucional, contribuem para que as ações desempenhadas, cotidianamente, nos serviços de saúde sejam desumanizadas, pois o trabalhador, diariamente, tem sua força de trabalho desapropriada e alienada, executando seu trabalho sob condições inadequadas. Sendo assim, não é capaz de expressar um atendimento humanizado, mesmo que sua intenção seja essa.

2.2.3. Humanização: o cotidiano do serviço de onco-hematologia do HU/UFSC

Buscando compreender o cotidiano do serviço de onco-hematologia do HU/UFSC, indagamos a equipe em relação às ações do cotidiano, as quais consideravam condizentes aos princípios e diretrizes da PNH. Sendo assim, os profissionais elencaram as ações de:

- Acolhimento institucional;
- Orientação quanto aos direitos do usuário;
- Socialização das informações;
- Autorização da permanência do acompanhante para todos os usuários;
- Encaminhamentos para outros serviços de referência;
- Orientações quanto ao tratamento e evolução da doença;
- Trabalho multidisciplinar;
- Instigar a adesão ao tratamento, enfrentamento da hospitalização e adoecimento;
- Atender o usuário com respeito, competência e empatia;
- O usuário saber quem são os profissionais responsáveis pelo seu tratamento;
- Facilitar a comunicação com a equipe, mesmo que o usuário não esteja internado; e
- Se colocar no lugar do outro.

Após uma análise das respostas, foi possível elaborar um quantitativo em relação às ações citadas pelos profissionais: a socialização das informações foi citada em cinco falas; o acolhimento foi citado em quatro falas; o usuário ser atendido com respeito, competência e empatia foram citados em quatro falas; as orientações em relação ao tratamento e evolução da doença foram citadas em três falas; as orientações quanto aos direitos dos usuários foram citadas em duas falas; os encaminhamentos para outros serviços foram citados em duas falas; o trabalho multidisciplinar foi citado em duas falas; o ato de instigar a adesão ao tratamento foi citado em duas falas; o usuário saber quem são os profissionais responsáveis pelo seu tratamento foi citado em duas falas; a autorização para a permanência do acompanhante foi citada em uma fala; e a comunicação entre equipe e usuário, mesmo quando este não esteja hospitalizado, foi citada uma fala.

Em relação ao acolhimento institucional, os profissionais entrevistados ressaltaram que sua intervenção cotidiana é norteadas por práticas como:

- A entrevista;
- Orientações em relação ao serviço institucional;
- O repasse de orientações;
- Mostrar disponibilidade no primeiro contato com o usuário;
- Trabalhar com o usuário de acordo com as demandas que ele traz;
- Identificar-se para o usuário acolhido;
- Apresentar a unidade de internação;
- Chamar o usuário por seu nome;
- Conversar sobre a situação e os motivos que o levaram a procurar auxílio médico;
- Apertar a mão do usuário;
- Receber o usuário com sinceridade, bom humor e carinho;
- Fornecer explicações sobre o tratamento para os usuários e seus acompanhantes;
- Colocar-se no lugar do outro;
- Respeitar culturas e crenças diferentes da sua própria;
- Atuar sem julgamentos; e
- Explicar para o usuário todos os procedimentos que serão realizados com ele durante o tratamento.

A apreciação das respostas possibilitou concluir que: a entrevista é a prática mais utilizada pelos profissionais, sendo citada em quatro falas; a disponibilidade do profissional para com o usuário foi citada em três falas; a identificação do profissional ao atender o usuário foi citada em três falas; as explicações em relação ao tratamento foram citadas em três falas; o questionamento em relação aos motivos que levaram o usuário a procurar auxílio médico foi citado em três falas; as orientações em relação ao serviço foram citadas em duas falas; o repasse de orientações foi citado em duas falas; as explicações em relação aos

procedimentos a serem realizados com os usuários foram citadas em duas falas; o trabalho a partir da demanda apresentada pelo usuário foi citado em uma fala; a apresentação da unidade foi citada em uma fala; o usuário ser chamado pelo nome ao ser atendido pelo profissional foi citado em uma fala; o profissional apertar a mão do usuário atendido foi citado em uma fala; o profissional, ao receber o usuário, deve fazê-lo com sinceridade, carinho e bom humor foi citado em uma fala; o profissional, durante o atendimento, deve se colocar no lugar do outro foi citado em uma fala; o respeito a diferentes culturas e crenças foi citado em uma fala; e o atendimento sem julgamentos foi citado em uma fala.

A observação destas práticas cotidianas de acolhimento nos instigou a conhecer como os profissionais se capacitavam para a realização do acolhimento e os encaminhamentos provenientes destes. Vejamos a fala do profissional, a respeito:

“A formação em si, a base para mim ajuda muito e também a experiência profissional. Em termos de capacitação, a leitura. Você deve tentar se manter atualizado, [...] e participar de todos os cursos e eventos na área.” (Entrevistado E)

O HU/UFSC realiza capacitação com os profissionais que trabalham na instituição, relacionadas a várias temáticas. Entretanto, a pesquisa revelou que os profissionais desconhecem qualquer tipo de capacitação ministrada na instituição que se refira à humanização, mas também não parecem valorizar uma capacitação com esta temática.

“O HU fornece as capacitações, já participei de algumas, de cursos. Mas não especificamente focados, mas eu tenho para mim que a humanização é uma questão pessoal. O ser humano é único, então cada um tem seus princípios.” (Entrevistado J)

Desta forma, a preparação para o acolhimento está vinculada às experiências profissionais de cada um, conversas informais com os colegas, experiências de vida ou vontade própria para buscar materiais relacionados ou cursos fora da instituição.

“Acho que a gente vai se formando ao longo da profissão. É um conjunto de coisas, a prática do dia-a-dia, a gente vai formando e acredito que tem a ver com a história de vida de cada um, o modo de ser de cada um. Eu não fiz nenhum curso para isso.” (Entrevistado F)

A PNH pressupõe educação permanente para os profissionais, com o intuito de instrumentalizá-los para a prática da assistência à saúde de forma humanizada. Sendo esta ausente, os profissionais traçam outros mecanismos para suprir suas necessidades. Como

relatamos, estes buscam, de forma autônoma, conhecimentos através de leituras, cursos ou eventos relacionados à humanização fora da instituição. Concordamos que o interesse do profissional é extremamente importante nesta ação de agregar conhecimentos, mas é fundamental que a instituição possibilite essa capacitação no espaço ocupacional, concernente à PNH. Acreditamos que a ausência de ações de educação permanente possibilite práticas profissionais condizentes com o senso comum, situação que tende a ocasionar ações de caráter preconceituoso, seja entre os membros da equipe ou equipe em relação aos usuários. Questionamos os profissionais se no cotidiano do serviço de onco-hematologia observavam situações preconceituosas no que se refere à raça, orientação sexual, entre outras. A maioria dos entrevistados afirmaram desconhecer práticas de cunho preconceituoso, mas outros afirmaram que o preconceito ocorre de forma implícita nas relações estabelecidas. A fala do profissional expressa:

“A gente percebe, é uma coisa velada. Mas eu percebo mais em relação à orientação sexual, que é uma coisa mais complicada. A religião às vezes tem preconceito por ser Testemunhas de Jeová, que não pode receber transfusão de sangue, gera na equipe uma preocupação com o paciente de não aceitar a doação.” (Entrevistado A)

Podemos resumir os relatos dos profissionais quanto às situações preconceituosas: estranhamento quanto à opção sexual, preocupação quanto à adesão ao tratamento por usuário adepto da religião Testemunhas de Jeová, não compreender a dor do outro, história de vida do usuário relacionada à adesão ao tratamento e usuários muito solicitantes compreendidos como *chatos*.

2.2.4. A Humanização e as condições de trabalho

Para a Cartilha da PNH – Ambiência (2004), o espaço físico é um catalisador de processos reflexivos e de produção dos sujeitos, bem como do processo de trabalho dos profissionais envolvidos, referindo-se à conforto, privacidade e individualidade dos sujeitos. Além destes elementos, outros fatores interagem e intervêm na qualidade da assistência, tais como a cor do ambiente, os cheiros, os sons, a iluminação, o conforto dos trabalhadores, usuários e sua rede social. Pensando nesses elementos, questionamos os profissionais participantes da pesquisa se consideram a ambiência da Clínica Médica II adequada para que seja executado um atendimento humanizado para usuários e acompanhantes. Os entrevistados foram unânimes nas suas considerações, afirmando que a ambiência disponível não era

favorável a um atendimento humanizado, resolutivo e acolhedor. Um dos profissionais afirmou que a particularização dos atendimentos por patologia clínica poderia proporcionar um atendimento mais humanizado. Vejamos suas expressões:

“A Clínica Médica II recebe pacientes de diversas áreas e, desta maneira, o processo de humanização, ao menos pelo que me parece, embora tenha uma diretriz comum, as áreas, os pacientes são diferentes. O processo para um paciente onco-hematológico é diferente do processo de um paciente da neurologia, um paciente da cardiologia. Por isso, se aquela área fosse melhor delimitada para um único tipo de paciente, para uma especialidade, teria como ter um processo de humanização mais eficiente.” (Entrevistado C)

Atualmente, a Clínica Médica II presta atendimento a diversas especialidades clínicas. Esta particularidade contribui, negativamente, no processo de assistência aos usuários onco-hematológicos, já que o ambiente compartilhado possibilita maior índice de infecções. A equipe técnica composta por enfermeiros, técnicos em enfermagem e demais auxiliares prestam atendimento a todos os usuários na unidade de internação, o que pressupõe condutas diferenciadas no tratamento das demandas dos usuários atendidos por cada especialidade, contribuindo para a sobrecarga da equipe e impactando no processo de humanização.

“ [...] em alguns momentos, tem tanta coisa para fazer, está tudo tão corrido, que é impossível você sentar, ouvir ou prestar uma atenção diferenciada. Você tem que entregar o copinho do remédio e sair correndo. Então acho que pela falta de estrutura mesmo e pela demanda de trabalho, fica prejudicada a questão da humanização.” (Entrevistado I)

Outro aspecto bastante problematizado durante as entrevistas foi a estrutura física, que não propicia a permanência do acompanhante, com conforto, junto ao usuário em tratamento.

“...a estrutura é de muitos anos atrás, onde os quartos foram projetados para receber só o paciente; e, mais recentemente, com o advento da permissão do acompanhante em estar, ficaram quartos muito pequenos para todos os pacientes e cada um com o seu acompanhante. Então, não é adequado. A estrutura do hospital, nesse momento, não atende às necessidades do paciente e do seu acompanhante, com certeza não. Deveria, sim, ter quartos mais amplos, onde o paciente e o acompanhante possam ficar bem instalados, e não quartos de quatro pacientes e quatro acompanhantes, quatro camas, quatro bidês... O espaço fica muito pequeno. [...] Mas, de modo geral, eu acredito que a estrutura é muito antiga, e não foi pensada realmente para a quantidade de pessoas que hoje está atendendo.” (Entrevistado G)

As acomodações para os usuários e seus acompanhantes são bastante deficitárias, pois os quartos, em sua maioria, não são privativos e, quando o são, o usuário é obrigado a compartilhar o banheiro com os usuários do quarto ao lado. A permanência do acompanhante

é dificultada pelo fato de as dependências físicas da unidade de internação serem restritas, havendo pouco espaço físico para a cama do usuário e seus pertences. Falta espaço para a circulação adequada da equipe junto ao usuário hospitalizado, que necessita ser submetido a procedimentos constantemente. Apesar de a permanência do acompanhante ser garantida por meio de um arcabouço legal, a instituição não dispõe de condições que incentivem e facilitem essa permanência.

“O hospital não foi preparado para receber acompanhante. Ele não tem um local adequado, porque, de acordo com a legislação, o acompanhante teria que ter condições de permanecer. Teria que ter cama, ganhar as refeições, tinha que ter um lugar para ele descansar, para repousar. Nós não temos. Temos uma cadeira, e só.” (Entrevistado A)

“Em relação à onco-hematologia, tem uns quartos que estão mais adequados, mas ainda está um pouquinho aquém do que eles necessitam. Porque eles ficam internados por um longo período, para o acompanhante é desconfortável, a gente sabe, a questão das poltronas. Eu acho que ainda existem coisas que necessitariam melhorar por ser um serviço de referência. Já melhorou, mas, de repente, eles terem uma casa de apoio para não ficarem tão restritos ao hospital, que até pudesse ser no hospital mesmo, mas com local adequado em que pudessem dormir ou descansar, espalhar, tomar banho, que eles tomam lá naquele chuveiro da Clínica Médica III. Talvez até um momento adequado de lazer.” (Entrevistado B)

Devido ao espaço reduzido, optou-se por parafusar as cadeiras destinadas aos acompanhantes, situação já problematizada anteriormente. A esse respeito, salienta um dos entrevistados:

“Eu considero que o acompanhante é uma pessoa que também precisa descansar e eu não concordo que aquelas cadeiras não tenham, pelo menos, uma coisa reta para se deitar. Não digo que a pessoa vá dormir, mas não deitar em uma posição reta impede a pessoa de descansar, é o mínimo. Geralmente, as pessoas que são acompanhantes já tem uma certa idade, nem todos são jovens, e os que mais se dedicam como acompanhantes são pessoas de mais idade que, justamente, daqui a pouco, estão adoecendo, porque estão cuidando. Então, essa maneira de visualizar a coisa, de que o acompanhante não tem que dormir, eu não concordo!” (Entrevistado D)

Outra questão importante que envolve os acompanhantes dos usuários em tratamento no HU/UFSC é que estes têm apenas um banheiro na instituição para realizar seus cuidados higiênicos. Por ser um espaço compartilhado entre muitas pessoas e longe das demais unidades de internação, os mesmos acabam utilizando o banheiro dos usuários em tratamento. Todavia, o risco aumenta tanto para o usuário que realiza tratamento quimioterápico, quanto para o acompanhante, já que os medicamentos utilizados são voláteis¹⁴ e acabam por expor a

¹⁴ Conforme o farmacêutico do setor de onco-hematologia do HU/UFSC, compostos ativos dos medicamentos quimioterápicos utilizados no tratamento dos pacientes são eliminados na urina e fezes. Por este motivo, para evitar possíveis contaminações, os acompanhantes são proibidos de utilizar o mesmo banheiro que os pacientes em tratamento.

saúde do acompanhante. Apesar de a equipe técnica realizar as orientações pertinentes, a estrutura física induz a esse tipo de prática.

A limpeza do ambiente é um fator extremamente importante no que diz respeito à ambiência. Justamente por serem pacientes imunossuprimidos¹⁵, no decorrer de tratamentos que utilizam drogas muito fortes, a higiene precisa ser adequada. Todavia, o que se observa na instituição e, principalmente, na Clínica Médica II é um serviço de limpeza que deixa a desejar e a falta de investimento no treinamento destes funcionários de forma mais específica parece não ser interpretado como essencial para o sucesso dos processos terapêuticos em curso.

“Antes não teve nenhum curso, depois que eu já ‘tava’ trabalhando aqui, é que teve. Foi no auditório, como se prevenir. Como usar os materiais de limpeza, o que pode ser feito e o que não pode. Quando se deve usar máscara. Foi assim. O que usar para limpar o quarto, o que usar para limpar o banheiro. São coisas diferentes e cores diferentes. Assim que foi feito.” (Entrevistado M)

Por meio desta fala, é possível identificar que não há, no treinamento, indicações mais específicas de como lidar com um paciente onco-hematológico, o que ocasiona condutas inadequadas.

“A limpeza, ela deixa a desejar porque eu já vi situações em que, como a gente é terceirizado (o serviço), não existe um controle de uma pessoa dentro do HU verificando isso. E se a pessoa externa está verificando, eu já vi dificuldade dos funcionários terceirizados em entender o que é uma desinfecção terminal, por que tem que usar luva em algumas situações, por que eu não posso colocar um pano do chão em cima de um pega-mão, que eu tive oportunidade de presenciar isso. Lixos que ficam de manhã até de noite, quando, na realidade, deveriam ser tirados, no mínimo, três vezes ao dia, não deixar esse lixo exposto. Existe uma dificuldade em relação à limpeza basicamente, é isso, inclusive janelas, cantos, essas coisas todas. Eu acho que a limpeza é fundamental e deixa a desejar.” (Entrevistado D)

Questionamos aos profissionais se lhes é proporcionada uma ambiência adequada para que realizem suas atividades profissionais. Estes concluíram que a ambiência da unidade de internação para as atividades profissionais cotidianas já foi pior.

“Agora, a gente já tem um ambiente mais adequado de trabalho, por conta da mudança que a gente fez (para uma clínica reformada no primeiro semestre de 2012) mas ainda não está 100% adequado, porque faltam móveis, materiais... Mas posso dizer que é adequado, porque ‘tá’ melhor do que já foi. Então, a gente já teve uma realidade muito pior, então agora está mais adequado.” (Entrevistado B)

¹⁵ Conforme esclarecido pelos médicos do setor de onco-hematologia do HU/UFSC, indivíduos imunossuprimidos são aqueles que, por motivo de doença ou efeito de medicamento, apresentam um comprometimento do seu sistema imunológico, tornando-os mais suscetíveis a processos infecciosos.

Ressaltaram a necessidade de adaptação do espaço físico, para que o trabalho da equipe multiprofissional seja feito com mais resolutividade, já que não existem salas para atendimentos individuais com familiares ou com os usuários, para reuniões da equipe multiprofissional ou para a realização de grupos. No início de 2012, a Clínica Médica II passou por uma reforma, mas os profissionais que executariam os serviços na referida unidade de internação não foram consultados em relação às necessidades físicas a serem adaptadas com a reforma. A nova unidade não foi pensada estrategicamente para comportar todos os profissionais que ali seriam alocados. O que se realizou foi uma reforma das velhas estruturas. Na unidade, existe um banheiro para todos os profissionais que lá atuam. Não há banheiros para acompanhantes, sendo assim, estes acabam usando os banheiros dos usuários internados. Esta prática recorrente aumenta o risco de infecção e outras contaminações.

“O banheiro, por exemplo, a gente tem um banheiro na unidade para atender todos os médicos, enfermeiros, alunos, estagiários e bolsistas. E ele é um banheiro! Deveria ser, pelo menos, um para homens e um para mulheres. Então, é bem difícil conseguir uma vaga para ir no banheiro e sempre, por causa da quantidade que utilizam, acabam deixando o banheiro em más condições de uso. Embora a unidade seja nova, está tudo ainda bem bonito, bem conservado, mas me preocupa que as coisas com o tempo vão se perdendo.” (Entrevistado G)

Esses elementos fazem referência à comunicação truncada que existe entre a administração da instituição e os indivíduos que operacionalizam os serviços, ou seja, os funcionários. As reformas e os planejamentos institucionais são realizados sem que os trabalhadores sejam consultados e outras propostas sejam avaliadas. Esta situação faz com que os problemas institucionais sejam perpetuados e a participação na gestão dos serviços seja reduzida, bem como a participação social, às quais a PNH faz referência.

Outro aspecto em relação à ambiência, no tocante à qualidade do exercício profissional, foi o sigilo nos atendimentos. Já que os quartos são múltiplos e não existe um local adequado para a realização dos atendimentos, muitos deles são prejudicados. As deficiências relativas ao espaço físico na Clínica Médica II que interferem no exercício profissional podem ser elencadas: falta de espaços adequados para planejamento, atendimento individual e reuniões de grupo; banheiro em número insuficiente para os funcionários; e condições precárias de limpeza.

O espaço físico, muitas vezes, é compreendido como elemento secundário em relação à humanização da assistência. Entretanto, implica diretamente no trabalho realizado pelos profissionais, que têm, como foco da sua intervenção, o usuário.

“É muita gente na unidade, não temos um lugar para sentar, planejar, pensar. Tudo ocorre de uma forma muito conturbada. Eu acho que falta espaço para sentar para discutir em grupo, os locais de reuniões são poucos, até cadeiras para a gente sentar na hora que está fazendo uma prescrição, anotando algum dado no prontuário, é tudo em pé. Acho que falta essa parte também.” (Entrevistado F)

Essas condições de trabalho acabam por exigir do profissional uma tarefa diária de criar possibilidades para a sua intervenção profissional, o que gera um esgotamento físico e mental. Ao passo que, se as condições físicas fossem adequadas para a intervenção, os profissionais atuariam com alto nível de satisfação, resultando em melhora na qualidade do atendimento aos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PNHAH surgiu no ano de 2000, em consonância com outras experiências localizadas no SUS direcionadas para o enfrentamento dos dilemas presentes nos serviços de saúde e pautadas na lógica da humanização. Em 2003, foi oficializada a PNH, com o intuito de melhorar as relações dos sujeitos envolvidos nos processos de assistência à saúde. A conjuntura política em que ocorreram estas ações foi pautada pela lógica neoliberal, que representou o distanciamento de uma universalidade do direito à saúde, privatizações estatais, desfinanciamento da saúde pública e a não efetivação de um plano de carreira, cargos e salários para os funcionários do SUS. Ainda nesta mesma lógica, o Estado passou a delegar para as esferas privada e filantrópica parte dos serviços que deveriam ser executados pelo poder público. Portanto, surgiu o voluntariado, fundamentado no princípio de solidariedade. As mudanças ocasionadas na esfera do capital, provenientes da lógica neoliberal, introduziram as propostas dos *programas de qualidade total* e a reestruturação produtiva nas relações de capital privado e estatal. Na realidade social brasileira, as ações de contrarreforma do Estado, que focalizaram ainda mais as políticas sociais, representaram a personificação desta lógica. A partir da década de 1990, a política e os serviços de saúde ganharam uma expressão *humanizada*, inicialmente, com a retórica da qualidade. Neste sentido, entendemos que os programas de qualidade na área da saúde, metamorfoseados em práticas e retóricas de humanização, representaram mudanças na gestão, nas relações de trabalho e nas relações com os usuários, em uma lógica de envolvimento, corresponsabilização e pseudodemocratização.

Este trabalho teve como tema central a humanização, já que esta tem desencadeado novas estratégias de enfrentamento dos problemas existentes no SUS. A intenção de analisar a humanização na atenção hospitalar e, particularmente, suas expressões no HU/UFSC, é de resgatar essa discussão com os profissionais da instituição e, a partir disto, propor novas possibilidades para qualificar ainda mais os serviços prestados aos usuários. Durante a graduação no curso de Serviço Social da UFSC, ouvimos debates tímidos em relação à humanização na área da saúde. A partir da observação da realidade institucional do HU/UFSC e, em especial, do cotidiano do serviço de onco-hematologia, por meio do estágio no Serviço Social da instituição, vários elementos deste cotidiano nos instigaram a conhecer e problematizar esse assunto.

A pesquisa possibilitou concluir que a lógica neoliberal adotada pelo governo de FHC, na década de 1990, tem se perpetuado nos governos que o sucederam, já que a saúde como direito de todos e dever do Estado parece cada vez mais difícil de se materializar. Os Programas de Humanização e, posteriormente, a PNH, a nosso ver, se caracterizaram como mecanismos para apresentar uma aparência de preocupação e de ação frente aos dilemas vividos no cotidiano dos serviços de saúde. No entanto, avaliamos que a PNH repassou aos trabalhadores da área da saúde e, até mesmo, aos gestores dos serviços o encargo de serem os *sujeitos protagonistas* desse processo, sem que lhes fossem fornecidas as condições materiais e o poder de decisão necessários sobre os serviços, que realmente respondessem às necessidades de saúde dos usuários e às necessidades dos trabalhadores do SUS, assim como: um plano de carreira, cargos e salários; recursos materiais e físicos para a assistência adequada aos usuários; participação efetiva nos processos de gestão; e incentivos para a educação permanente. A criação do SUS resultou de uma organização social, política e ideológica, ao passo que a PNH, ao surgir, contribuiu, de acordo com nossa avaliação, para mascarar os problemas existentes na saúde e para a não efetivação do texto constitucional que regulamentou o arcabouço legal da saúde.

Consideramos que a PNH não é suficiente para dar conta dos problemas existentes no SUS. Existe uma lacuna entre as propostas do SUS, a PNH e o modo como estes são operacionalizados pelos profissionais no cotidiano das instituições de saúde pelo país. O arcabouço legal da saúde (Constituição Federal de 1988, Lei nº 8.080, Lei nº 8.142) não foi efetivado segundo o texto constitucional, seguindo uma lógica de direitos sociais. A PNH, criada em 2003, disseminou um discurso fundamentado em elementos subjetivos, e aspectos fundamentais de base material para a qualidade no atendimento à saúde passaram a ser tratados como secundários. Exigiu-se que os profissionais desenvolvessem estratégias de humanização para melhorar a qualidade da assistência à saúde, porém a política não especificou as formas de fazê-la. Na realidade das instituições de saúde, transpor os desafios cotidianos e implementar a PNH nos atendimentos é um desafio diário para os profissionais da saúde. Sem os recursos necessários, os profissionais traçam estratégias para a humanização pautadas na *boa vontade* e no senso comum, mas estas não são suficientes para solucionar os problemas do sistema de saúde como um todo.

Avaliamos também que a PNH parece um gerenciamento interno da crise para solucionar, parcialmente, conjunturalmente e na aparência, os problemas estruturais da política e do serviço de saúde brasileiros. A proposta da PNH centralizou-se no episódio, no aparente e no conjuntural, sem tratar das causas. Com este tipo de leitura e proposta de

intervenção, a PNH perdeu de vista intervenções estratégicas para superar os problemas estruturais enraizados que envolvem o cotidiano dos serviços de saúde. Por isto, repetimos mais uma vez, neste texto, que a PNH tem omissões espantosas em relação aos fundamentos do SUS e a estruturação do sistema de saúde brasileiros. Estas omissões e um conceito de humanização esvaziado enfraquecem e fragilizam a própria proposta de humanização.

A realização da pesquisa empírica possibilitou vislumbrar essas lacunas no cotidiano dos serviços prestados pelo HU/UFSC. Desde que foi implementada na instituição, a CHHU/UFSC se posicionou de forma tímida em suas propostas de intervenção, demonstrando pouco conhecimento do PNHAH e da PNH. Não discutiu a política de saúde de forma ampliada, tampouco os problemas institucionais e/ou os problemas enfrentados pela sociedade catarinense, concernentes à precarização nas áreas da saúde e do setor público. A observação do cotidiano institucional possibilitou concluir que a humanização é executada com base no senso comum dos profissionais. Muitos desconhecem a existência da CHHU/UFSC, o que nos induz a pensar que esta Comissão não conseguiu o envolvimento dos trabalhadores da instituição.

As literaturas a que tivemos acesso ou as falas dos profissionais não expressam um conceito único para a humanização. A interpretação dos profissionais entrevistados, em relação à humanização, pode ser resumida como: o cuidado, o respeito aos direitos dos usuários, as práticas que envolvem todos os profissionais, o respeito à pessoa doente, o adoecimento e hospitalização não devem trazer consequências negativas em função das limitações no atendimento disponibilizado, o atendimento à pessoa de forma integral, não se ater a rotinas de forma rígida, o usuário deve ser atendido com dignidade, o usuário deve receber informações sobre o seu tratamento, o acesso a todas as formas possíveis de tratamento e a presença do acompanhante. A pesquisa revelou que os profissionais desconhecem qualquer tipo de capacitação ministrada no HU/UFSC que se refira à humanização. A apreciação das respostas indicou que os profissionais consideram que a ambiência inadequada é um dos fatores que impactam, negativamente, na realização da assistência à saúde de forma humanizada.

A realidade institucional do HU/UFSC e, em especial, do serviço de onco-hematologia, não manifesta expressões da PNH. Chegamos a esta conclusão por entender que as práticas de caráter humanizado observadas neste serviço partem, exclusivamente, de alguns profissionais que consideram a humanização a forma mais adequada de atendimento ao usuário e as executam norteadas pelo senso comum, mas esta perspectiva não é comum a

todos os profissionais da instituição. A CHHU/UFSC não conseguiu ampliar o diálogo entre os profissionais, a população e a administração, promovendo uma gestão participativa. O voluntariado assumiu um papel central nas questões humanitárias no HU/UFSC sem, no entanto, ter a fundamentação da PNH.

Gostaríamos de elencar algumas sugestões para a CHHU/UFSC, as quais, possivelmente, trariam resultados mais efetivos aos serviços prestados no HU/UFSC, tais como:

- Educação permanente para os profissionais, envolvendo um estudo aprofundado dos fundamentos e do arcabouço legal do SUS e relacionando-os com a proposta da PNH;
- Realização de eventos que discutam a política de saúde brasileira e sua conjuntura atual, sobretudo em Florianópolis e Santa Catarina;
- Envolvimento dos profissionais nas reuniões da CHHU/UFSC;
- Construção de uma casa de apoio para os usuários e acompanhantes atendidos pelo HU/UFSC;
- Adequação das estruturas físicas da instituição para um atendimento mais humanizado; e
- Propor o engajamento efetivo da Direção Geral do HU/UFSC com a Humanização.

Em relação ao serviço de onco-hematologia, as ações seriam mais efetivas se contassem com:

- Espaço adequado para receber os acompanhantes;
- Armários em boas condições para armazenar os pertences dos usuários, dos acompanhantes e dos trabalhadores;
- Banheiros para acompanhantes na clínica de internação;
- Banheiros em número proporcional ao de funcionários que trabalham na clínica de internação;
- Salas para atendimento individual; e
- Salas para reuniões de equipe e trabalhos multiprofissionais;

Acreditamos que esta pesquisa não esgota as análises e reflexões acerca desta temática, sendo interessante a realização de novos estudos que contemplem a humanização no SUS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, F. L.; MIOTO, R. C. T.; GERBER, L. M. L. A Política Nacional de Humanização e o Serviço Social: elementos para o debate. *Revista Serviço Social e Saúde*, Campinas, v. 6, n. 6, p. 1–170, mai. 2007.
- ANTUNES, R. *O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2005.
- ANTUNES, R.; SILVA, M. A. M. (Orgs.). *O avesso do trabalho*. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2010.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, n. 10 (3), p. 561-571, 2005a.
- _____. Humanização na Saúde: um novo modismo?. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 17, p.389-406, mar./ago. 2005.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS*. Brasília: CONASS, 2007.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde no SUS*. Brasília: CONASS, 2007.
- _____. Constituição (1988). *Constituição [da] da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: Brasília, 20 set. 1990. Seção I, p. 18055.
- _____. Lei nº8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: Brasília, 31 dez. 1990. Seção I, p. 15694.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Ambiência*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

_____. Portaria GM/MS nº2.883, de 4 de junho de 1998. Dispõe sobre a criação do Prêmio Nacional Professor Galba de Araújo, destinado ao reconhecimento do estabelecimento de saúde integrante da rede SUS, com destaque no atendimento obstétrico e neonatal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: Brasília, 5 jun. 1998. Seção I, p. 24.

_____. Portaria GM/MS nº985, de 5 de agosto de 1999. Dispõe sobre a necessidade de garantir o acesso à assistência ao parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em sua plena universalidade, priorizando ações que visem à redução da mortalidade materna e perinatal e humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: Brasília, 6 ago. 1999. Seção I, p. 51.

_____. Portaria GM/MS nº569, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre a implementação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: Brasília, 8 jun. 2000. Seção I, p. 4.

_____. Portaria GM/MS nº693, de 5 de julho de 2000. Dispõe sobre a implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*: Brasília, 6 jul. 2000. Seção I, p. 15.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*, São Paulo: Cortez, 2009.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. Caixa Econômica Federal contra o Direito à Saúde. *Blog do CEBES* [online], 23 fev. 2012. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/verBlog.aspx?idConteudo=2298&idSubCategoria=56>>. Acesso em: 5 set 2012b.

_____. Desafios, perspectivas e reflexões para 2012. *Blog do CEBES* [online], 6 jan. 2012. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/verBlog.aspx?idConteudo=2042&idSubCategoria=56>>. Acesso em: 5 set. 2012a.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Manguinhos, n. 9 (1), p. 7-14, 2004.

FERREIRA, A. B. D. H.. *Mini Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

GIORDANI, A. T. *Humanização da saúde e do cuidado*. São Caetano do Sul: Difusão, 2008.

IAMAMOTO, M. V. *O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.

MARX, K. *O capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998. Livro 1, vol. 1.

MARX, K.; ENGELS, F. *A ideologia alemã*. 9ª edição. São Paulo: Hucitec, 1993.

MENDES, A. N; MARQUES, R. M. O impacto da política econômica do governo Lula na Seguridade Social e no SUS. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 258-267, set./dez. 2005.

MENICUCCI, T. M. G. A Política de Saúde no Governo Lula. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.20, n.2, p. 522-532, 2011.

MOTA, A. E.; AMARAL, A. S. D. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTA, A. E. (Org.). *A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2000.

NORONHA, J. C. D.; SOARES, L. T. A política de saúde nos anos 90. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, n. 6 (2), p. 445-450, 2001.

SANTOS, R. E. D. Notas sobre a importância do trabalho na ontologia de Georg Lukács. *Revista Estudos Filosóficos*. São João Del Rei, n. 2, p. 86-100, 2009.

SILVEIRA, M. L. S. Produção de sujeitos, apassivização de campos coletivos e constituição de horizontes emancipatórios. *Revista Presença Ética*. Recife, ano II, n. 2, nov. 2002.

Significado de Humanizar. Web Dicionário: Dicionário Online de Português [online]. Disponível em: <<http://webdicionario.com/humanizar>>. Acesso em: 30 out. 2012.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. *Revista Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, set./dez. 2005.

TETZLAFF, A.S.S. O que é humanização?. *Hi Technologies* [online], mai. 2010. Disponível em: <<http://hitechnologies.com.br/humanizacao/o-que-e-humanizacao/>>. Acesso em: 30 out. 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº01, 3 mar. 2005.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº02, 7 abr. 2005.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº03, 12 maio 2005.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº04, 29 jun. 2005.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº05, 20 jul. 2005.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº06, 10 ago. 2005.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº07, 18 ago. 2005.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº08, 31 ago. 2005.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº09, 28 set. 2005.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº10, 09 nov. 2005.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº11, 7 dez. 2005.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº12, 8 mar. 2006.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº13, 22 mar. 2006.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº14, 10 mai. 2006.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº15, 25 mai. 2006.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº16, 7 jun. 2006.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº17, 21 jun. 2006.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº18, 5 jul. 2006.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº19, 8 ago. 2006.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº20, 23 ago. 2006.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº21, 6 set. 2006.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº22, 27 set. 2006.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº23, 29 nov. 2006.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº24, 28 fev. 2007.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº25, 22 mar. 2007.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº26, 18 abr. 2007.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº27, 28 maio 2007.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº28, 16 ago. 2007.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº29, 18 set. 2007.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº30, 14 nov. 2007.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº31, 28 nov. 2007.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº32, 11 mar. 2008.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº33, 26 mar. 2008.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº34, 17 jun. 2008.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº35, 4 set. 2008.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº36, 14 out. 2008.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº37, 3 dez. 2008.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº38, 16 dez. 2008.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº39, 9 jun. 2009.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº40, 9 ago. 2010.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº41, 23 ago. 2010.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº42, 9 set. 2010.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº43, 20 set. 2010.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº44, 4 out. 2010.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº45, 18 out. 2010.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº46, 3 nov. 2010.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº47, 17 nov. 2010.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº48, 6 dez. 2010.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº49, 13 dez. 2010.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº50, 21 fev. 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº51, 30 mar. 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº52, 13 abr. 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº53, 27 abr. 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº54, 11 maio 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº55, 25 maio 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº56, 8 jun. 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº57, 22 jun. 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº58, 6 jul. 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº59, 20 jul. 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº60, 17 ago. 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº61, 31 ago. 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº62, 14 set. 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº63, 23 nov. 2011.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº65, 5 mar. 2012.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº66, 21 mar. 2012.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº67, 16 abr. 2012.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Ata da reunião da Comissão de Humanização, nº68, 9 maio 2012.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Memorando do Grupo de Trabalho de Humanização, nº01, 2012.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Portaria, nº 137, 2008.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Portaria, nº 66, 08 jul. 2010.

_____. Hospital Universitário, Florianópolis. Portaria, nº 11, 23 fev. 2005.

VASCONCELOS, A. M. D. *A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

APÊNDICE 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisador principal: Cristina Bleichvel Costa, acadêmica do curso de Serviço Social da UFSC

Pesquisador responsável: Prof^a Dr^a Tânia Regina Krüger

Título: As expressões da Política Nacional de Humanização no Serviço de Oncohematologia no HU/UFSC

Compreender a humanização na saúde como política pública exige uma análise em relação aos determinantes que fizeram com que a Política de Saúde se constituísse nos moldes atuais. Este movimento tem início com a criação do Sistema Único de Saúde resultado da Reforma Sanitária. A saúde passa a ser reconhecida como direito fundamental de todo ser humano. Compreende-se que a saúde não se reduz à ausência de doença, mas uma vida com qualidade. Entretanto, existem lacunas no modelo de atenção à saúde, com o intuito de reverter este contexto se propõe a Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH). Por humanização entende-se a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores (BRASIL, 2004).

O presente estudo tem como objetivo analisar as expressões da Política Nacional de Humanização no Serviço de Oncohematologia no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC, a partir de minha experiência como estagiária do Serviço Social na instituição.

Para atingir os objetivos propostos, será realizada revisão da literatura sobre a política de saúde no Brasil, concomitantemente uma recuperação da história da humanização na saúde a partir da Constituição Federal de 1988 e nos anos 2000. A pesquisa empírica será realizada a partir de entrevistas com equipe multiprofissional atuante no serviço de Oncohematologia do HU/UFSC.

A participação na pesquisa não implica em qualquer risco ou desconforto ao profissional. Sua participação é voluntária e não envolve qualquer tipo de remuneração. Caso o(a) senhor(a) aceite participar deste estudo, permitirá que a pesquisadora utilize, para fins de pesquisa e publicação, os dados coletados através da entrevista, mantendo sempre sigilo absoluto em relação à sua identidade. Seu nome não será, de maneira

alguma, incluso em qualquer forma de publicação da pesquisa em questão.

Você tem o direito de recusar sua participação ou de, a qualquer momento do andamento do estudo, retirar seu consentimento para inclusão de seus dados na pesquisa, sem sofrer qualquer tipo de penalização.

Para deixar de fazer parte da pesquisa e/ou caso tenha dúvidas, favor entrar em contato com a pesquisadora Cristina Bleichvel Costa, pelo telefone (48) 99113721 ou mandar um email para cristina_bleichvel@hotmail.com.

Eu,

_____, RG
nº _____, tendo recebido detalhadamente as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar deste estudo e assino abaixo.

Florianópolis, ____/____/____

Assinatura do profissional

Cristina Bleichvel Costa
Pesquisadora principal

ANEXO 1. PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PROJETO DE PESQUISA

Título: As expressões da Política Nacional de Humanização no Serviço de Oncohematologia no HU/UFSC

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05689612.1.0000.0121

Pesquisador: Tânia Regina Krüger

Instituição: Universidade Federal de Santa Catarina

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 94.413

Data da Relatoria: 10/09/2012

Apresentação do Projeto:

A pesquisa "As expressões da Política Nacional de Humanização no Serviço de Oncohematologia no HU/UFSC" é um Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social. No projeto de pesquisa, a autora cita sua experiência como estagiária do Serviço Social da instituição como estímulo para a reflexão "sobre o modelo de atenção à saúde, as relações e condições de trabalho dos profissionais da área da saúde, a capacitação que recebem para tal atividade e a humanização na saúde em seus níveis de complexidade" (p. 4). Serão entrevistados treze profissionais da equipe multiprofissional que atua no Serviço de Oncohematologia do Hospital Universitário da UFSC.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer as expressões da Política Nacional de Humanização no Serviço de Oncohematologia no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC.

Objetivo Secundário:

Conhecer a Política Nacional de Humanização e Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar no contexto de implementação do Sistema Único de Saúde nos anos de 1990 e 2000. Observar na dinâmica do Serviço de Oncohematologia do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago - HU/UFSC, as expressões da Política Nacional de Humanização e Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, considerando a experiência do estágio, os documentos da Comissão da Política Nacional de Humanização e Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar do HU/UFSC. Realizar entrevistas com profissionais de saúde para conhecer como vivenciam no seu cotidiano profissional a Política Nacional de Humanização. Elaborar relatório de pesquisa que será apresentado como trabalho de conclusão de curso e avaliado por banca examinadora, como requisito para integralização do curso de Serviço Social.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o Relatório de Pesquisa, não há riscos ou constrangimento aos participantes.

Quanto aos benefícios, destaca-se a compreensão da Política Nacional de Humanização a partir da perspectivas dos profissionais responsáveis por sua efetivação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia prevê a realização de treze entrevistas presenciais seguindo roteiro semi-estruturado com equipe multiprofissional atuante no serviço de Oncohematologia do Hospital Universitário da UFSC. A amostra será composta por: um Assistente Social; dois Médicos hematologistas; dois Enfermeiros; três Técnicos em Enfermagem; um Psicólogo; um Nutricionista; um Farmacêutico; um funcionário do Serviços Gerais; um Representante da Comissão da PNH e PNAH no Hospital

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9206

Fax: (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Universitário da UFSC.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos exigidos foram apresentados: projeto de pesquisa; anuência da instituição onde será realizada a pesquisa; roteiro das entrevistas; Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Folha de rosto da CONEP. O TCLE atende às exigências da Resolução CNS 196/96.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo "As expressões da Política Nacional de Humanização no Serviço de Oncohematologia no HU/UFSC" atende às exigências da Resolução CNS 196/96. Recomendo, portanto, sua aprovação pelo Comitê de Ética.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer foi aprovado "ad referendum".

FLORIANOPOLIS, 11 de Setembro de 2012

Assinado por:
Andréa Ferreira Delgado

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br